別記様式第５号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付継続申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり養育医療給付の継続を申請します。  平成　　年　　月　　日  ○○市町長様  住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | |  |  | | |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |
| ふりがな | | | |  | | | | | | | | | 生年  月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 本人氏名 | | | |  | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | | |  | | | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | |
| 承認済養育医療券  有効期間 | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 交付  年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 継続承認申請期間 | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 医　師　の　意　見 | 乳児の現状の概要 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療見込み期間及び見込み日数 | | | | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日  入院　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費概算額 | | | | 入院治療費　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の治療の具体的方針及び内容 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり認めます。  　　　　年　　月　　日  指定養育医療機関名  担当医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**注）申請者は太枠の中のみ御記入ください**