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**