養育医療継続申請書

年　　月　　日

　（宛先）江別市長

申請者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療券 | 交付番号 | 第　　　　　　号 | | | 交付年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 受療者  の氏名 |  | | | 男・女 | 生年  月日 | 年　　月　　日生 | | |
| 申請者  の氏名 |  | | | 住所地 |  | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | |
| 継続を要する期間 | | | 年　　月　　日まで　　　　日間 | | | | | 継続に要する医療費見込額 | 円 |
| 担当医師の意見 | 当初の主要症状又は病名 | | |  | | | | | |
| これまでの症状の経過 | | | 現在の体重（　　　）ｇ | | | | | |
| 継続を要する具体的理由 | | |  | | | | | |
| 継続の結果による回復の見込み | | |  | | | | | |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名 | | | | | | | | |