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　　　　　　　　　　　　　　 |