

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			