

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。

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

申請者 住所 宇都宮市 _____
 氏名 _____
 個人番号 _____

公費負担者 番号	2	3	0	9	1	0	1	0	本人氏名	
									個人番号	
受給者番号									交付 年月日	令和 年 月 日
承認済養育医療券有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
継続承認申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
乳児の現状の概要										
治療見込期間 及び見込日数	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。

令和 年 月 日

指定養育医療機関名

担当医師名

印

記載例

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 宇都宮市長

申請者 住所 宇都宮市 旭1丁目1番5号
氏名 宇都宮 太郎
個人番号 234567890123

Table with 4 columns: 公費負担者番号 (23091010), 本人氏名 (宇都宮 皐月), 個人番号 (123456789012), 受給者番号 (0012345), 交付年月日 (令和〇〇年〇〇月〇〇日)

Table with 2 columns: 承認済養育医療券有効期間 (〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日), 継続承認申請期間 (〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日)

Table with 2 columns: 乳児の現状の概要 (これより下は医師が記入しますので、記載しないでください。)

Table with 2 columns: 治療見込期間及び見込日数 (年 月 日 ~ 年 月 日 入院 日間)

Table with 2 columns: 医療費概算額 (入院治療費 円)

Table with 2 columns: 今後の治療の具体的方針及び内容

Table with 2 columns: 上記のとおり認めます。 (令和 年 月 日 指定養育医療機関名 担当医師名 印)