

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。

なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、壬生町が世帯員の市町村民税の課税台帳等を確認することに同意します。

令和 年 月 日

壬生町長 様

住所

申請者

氏名

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		続柄	
保護者氏名		交付年月日	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		

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
	今後の治療の具他の方針及び内容	

上記のとおり認めます。

年 月 日

指定医療機関名
担当医師名

印

注) 申請者は太枠の中のみ御記入ください。