第10号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療継続給付申請書  令和　　　年　　　月　　　日  那　覇　市　長　　宛  申 請 者 住 所  申 請 者 氏 名  受給者との続柄　（　　　　　）  連　　絡　　先  下記のとおり、養育医療給付の継続を申請します。 | | | | | | | | |
| 母子（親子）  健康手帳の番号 | |  | |  | | | | |
| 受給者氏名 | |  | | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 扶養義務者氏名 | |  | | 受給者と  の続柄 | |  | 職業 |  |
| 養育医療券の  交付番号 | |  | | 養育医療券の  有効期間 | | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで |
| ※担当医師の意見 | 現在までの治療概要 |  | | | | | | |
| 給付の継続を申請する理由及び治療方針 |  | | | | | | |
| ※　上記のとおり診断する。  令和　　年　　月　　日  指定養育医療機関　名　称  　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | | |
| ※申請受付年月日 | | | 令和　　年　　月　　日 | |  | | | |

（注）※欄は、申請者は記入しないでください