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