

養 育 医 療 継 続 申 請 書

年 月 日

函 館 市 長 様

住 所
申請者 氏 名

次のとおり函館市母子保健法施行細則第 7 条の規定により申請します。

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	申請者の氏名		住所			
	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	当初の主要症状または病名					
	これまでの症状の経過	現在の体重（ ）グラム				
	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 指定養育医療機関の所在地および名称 医師氏名						

注 「担当医師の意見」欄については、現に養育医療の給付を受けている指定養育医療機関の医師に記入してもらうこと。