

厚岸町養育医療継続申請書

年 月 日

厚岸町長 様

住 所
申請者
氏 名

養 育 医 療 券	公費負担医療 の受給者番号		交 付 年月日		
	受 給 者 氏 名		男・女	生年 月日	
	申 請 者 氏 名				
	有 効 期 間				
継続を要する期間					
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 病状又は病名				
	これまでの 症状の経過	現在の体重 () g			
	継続を要する 具体的理由				
	継続結果によ る回復の見込				
	年 月 日		指定医療機関の名称 担当医師氏名		印