様式第10号(第8条関係)

養育医療券有効期間延長承認申請書

年　　月　　日

高島市長

申請者　住所
氏名　　㊞
受給者との続柄

養育医療を継続する必要があるので、高島市母子保健法施行細則第8条の規定により養育医療券の有効期間の延長を申請します。

記

<table>
<tr><td rowspan="6">既交付医療券の内容</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>受給者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>交付年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>有効期間</td><td colspan="2">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">担当医師の意見</td><td>延長期間</td><td colspan="2">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>延長を必要とする理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">年　　月　　日
指定養育医療機関　所在地
名　称
医師名　　㊞</td></tr>
</table>

申請受付年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日

注1　用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。
　2　医師の氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。