

養育医療給付継続申請書

年 月 日	
(宛先) 栃木市長	
申請者 住所 氏名 (自署しない場合は、記名押印してください。)	
次のとおり養育医療給付の継続を申請します。 また、本申請の審査に当たり、市が保有する課税台帳等の情報を確認することに同意します。	
公費負担者番号	受給者番号
ふりがな	生年月日 年 月 日
本人氏名	続柄
保護者氏名	養育医療券有効期間 年 月 日～年 月 日
承認済養育医療券有効期間	養育医療券交付年月日 年 月 日
継続承認申請期間 年 月 日～年 月 日	
委任欄 ※代理人が申請する場合は、必ず申請者が記入してください。 委任者（申請者） 住所 氏名 私は、養育医療給付の継続申請に関する一切の権限を次の者に委任します。 受任者（代理人） 住所 氏名	
医 師 の 意 見	乳児の現状の概要
	治療見込み期間及び見込み日数 年 月 日～年 月 日 入院 日間
	医療費概算額 入院治療費 円
	今後の治療の具体的方針及び内容
上記のとおり認めます。 年 月 日 指定養育医療機関名称及び所在地 担当医師氏名 (自署しない場合は、記名押印してください。)	

(注) 申請者は、太枠線の中のみ記入してください。

市記載欄		
申請者の身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ( )	代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任欄 <input type="checkbox"/> ( )	代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ( )