

様式第8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

高知市長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄

養育医療券の有効期間を超えて養育医療の給付を受けたいので、高知市未熟児養育医療給付実施要綱第8条第1項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

既 交 付 医 療 券 の 内 容	ふりがな		男 ・ 女
	受給者氏名		
	生年月日	年 月 日	
	受給者番号		
	交付年月日	年 月 日	
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
担 当 医 師 の 意 見	延長期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	延長を必要とする理由		
		年 月 日 指定養育医療機関所在地 名 称 医師名 (印)	

申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
---------------	-------	--------------	-------

注 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ます。