様式第7号（第5条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 養育医療継続承認(不承認)書 | | | |
| 医療券交付番号 |  | 医療券交付年月日 |  |
| 受給者氏名 |  | 申請者氏名 |  |
| 申請者住所 |  | | |
| 継続有効期限 | 年　月　日　から　　　　年　月　日 | | |
| 上記のとおり養育医療の継続を承認(不承認と)する。     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |   (不承認の場合の理由)  　年　月　日  指定医療機関名  担　当　医　師　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丸　亀　市　長　　㊞ | | | |

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、丸亀市長に対して審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日（丸亀市長に対して審査請求をした場合は、当該審査請求に対する丸亀市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６か月以内に丸亀市を被告として処分の取消しの訴えを提起することもできます。（訴訟において丸亀市を代表する者は、丸亀市長となります。）