

様式第6号（第3条関係）

養育医療給付継続申請書										
公費負担者番号	2	3	1	1	6	6	2	7	本人 氏名	
公費負担医療 の受給者番号										
交付年月日	年 月 日				医療券 有効期間		年 月 日から 年 月 日まで			
出生時の体重	グラム				現在の体重		グラム			
担当 医師の 意見	養育医療の給 付の継続を必 要とする理由									
診療継続予定期間	年 月 日から				年 月 日まで					
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続を必要と認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名 ㊟</p>										
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続を申請します。</p> <p>松伏町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 ㊟ TEL ()</p> <p>本人との続柄 ()</p>										