

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>年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 TEL ()</p> <p>本人との続柄 ()</p>											