

## 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			
上記のとおり養育医療の給付の継続を必要と認める。 年　月　日 指定養育医療機関の名称及び所在地 担当医師氏名									
上記のとおり養育医療の給付の継続を申請します。 松伏町長　　様 年　月　日 申請者　住　所 氏　名 _____ TEL　(　　) 本人との続柄　(　　)									