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　（　　　　　　） |