

養育医療給付継続申請書

公費負担者番号										本人 氏名	
公費負担医療 の受給者番号											
交付年月日						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ます。</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>電話番号 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>年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>電話番号 氏 名 本人との続柄</p> <p>(宛先) 所沢市長</p>											