

様式第6号（第7条関係）

養育医療給付継続申請書										
公費負担者番号										本人
受給者番号										氏名
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 style="text-align: right;">担当医師氏名 印</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 style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(署名又は記名押印)</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 ( )</p> <p>(宛先) 鴻巣市長</p>										