

(宛先) さいたま市保健所長

申請者 住 所 (〒 -)

氏 名
電話番号
本人との続柄

養育医療給付継続申請書

養育医療の給付を継続して受けたいので、次のとおり申請します。

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		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>医療機関コード <input type="text"/></p> <p>電 話 番 号</p> <p>担当医師氏名</p>											