

養育医療給付継続申請書

年 月 日

石 垣 市 長 様

申請者住所

申請者氏名

印

対象児との続柄 ()

連絡先 ()

次のとおり養育医療給付の継続の承認を申請します。

親子(母子)健康手帳の番号					
対 象 児 氏 名	性 別	男・女	生年月日	年	月 日
扶 養 義 務 者 氏 名	対 象 児 との続柄		職 業		
養育医療券の交付番号	養 育 医 療 券 の 有 効 期 間		年	月	日から 日まで
※担当医師の意見	現在までの治療概要				
	給付の継続を申請する理由及び治療方針				
	継続診療予定期間	年	月	日	から 年 月 日 まで
※ 上記のとおり診断する。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p>					
※申請受付年月日	年	月	日		

(注) ※欄は、申請者は記入しないでください。