

様式第7号(第5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	1	0	2	4	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>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>申請者住所</p> <p>申請者氏名 (署名又は記名押印)</p> <p>本人との続柄()</p> <p>川越市保健所長 様</p>										