

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							本人氏名		
公費負担医療の受給者番号									
交付年月日		年 月 日			医療券の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		
出生時の体重		g			現在の体重		g		
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 style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄（            ）</p> <p>（宛先） 鶴ヶ島市長</p>									