様式第5号(第2条関係)

養育医療給付継続申請書

公費負担者番号									児童氏名	
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	

上記のとおり養育医療の給付の継続を必要と認める。

年　月　日

〒

医療機関の名称及び所在地

電話番号

医師氏名　印

上記のとおり養育医療の給付の継続を申請します。

年　月　日

〒

申請者　住所

電話番号　(　)

氏名

(自署又は記名押印)

久喜市長　あて