

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					
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>申請者 住所</p> <p style="margin-left: 150px;">電話番号 ()</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 印</p> <p>久喜市長 あて</p>										