

様式第9号(第8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	6	5	0	2	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					
<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>医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名 印</p>									
<p>ときがわ町長 様 年 月 日</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>申請者 住所 氏名 印</p>									