様式第６号（第３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 | ６ | ２ | | ７ | 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 | | | | | | | | | | |
| 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  指定養育医療機関の名称及び所在地  担当医師氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり養育医療の給付の継続を申請します。  　松伏町長　　　様  　　　　　　年　　月　　日  申請者　住　所  氏　名　　　　　　　　　　TEL　　（　　）  本人との続柄　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |