

養育医療給付継続申請書

年 月 日

うるま市長 様

申請者居住地

氏 名

印

受療者との続柄 ()

次のとおり養育医療給付の継続の承認を申請します。

母子(親子)健康手帳の番号	— —				
受 療 者 氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日
扶 養 義 務 者 氏 名		受 療 者 との続柄		職 業	
養育医療券の交付番号		交 付 年 月 日		年 月 日	
養 育 医 療 券 の 有 効 期 間	年 月 日から		年 月 日まで		
※担当医師の意見	現在までの治療概要				
	給付の継続を申請する理由及び治療方針				
	継続診療予定期間	年 月 日 から		年 月 日まで	
※ 上記のとおり診断する。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <div style="text-align: right;">印</div>					
※申請受付年月日	年 月 日		※決定年月日	年 月 日	

(注) ※欄は、記入しないでください。