

様式第7号

養育医療給付継続申請書										
公費負担者番号									本人名	
公費負担医療の受給者番号									個人番号	
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;">指定養育医療機関 の名称及び所在地 担当医師氏名</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;">申請者 住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>(あて先) 川口市長</p>										

※太枠内は指定養育医療機関でご記入ください。