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。

年　月　日

申請者　住　所　〒

氏　名（自署又は記名）

本人との続柄

（あて先）川口市長