

様式第7号（第5条関係）

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							
<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</p> <p style="text-align: right;">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: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">連絡先</p> <p style="text-align: right;">氏名（自署又は記名押印）</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: left;">（宛先） 北本市長</p>										