

## 養育医療給付継続申請書

年 月 日

八重瀬町長 殿

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		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: center;">                     年 月 日                      指定養育医療機関 名称                      所在地                      医師氏名 <span style="float: right;">印</span> </div>					
※申請受付年月日		年 月 日			

- 注 1. ※欄は、申請者は、記入しないでください。  
 2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。