

養育医療給付継続申請書

記入例

平成25年 4月 29日

八重瀬町長 殿

申請者居住地 八重瀬町字具志頭659

氏名 八重瀬 太郎

印

受療者との続柄 父

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	1234-56-789				
受療者氏名	八重瀬 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	平成25年 4月 1日
扶養義務者氏名	八重瀬 太郎	受療者との続柄	父	職業	会社員
養育医療券の交付番号	11111111	養育医療券の有効期間	平成25年 4月 1日から 平成25年 4月 30日まで		
※担当医師の意見	現在までの治療概要	医師が記入			
	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	平成25年 5月 1日 から 平成25年 5月 31日 まで				
※ 上記のとおり診断する。 平成25年 4月 29日 指定養育医療機関 名称 沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター 所在地 南風原町新川118-1 医師氏名 八重瀬 健康 印					
※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。