

(宛先) さいたま市保健所長

申請者 住 所 (〒 -)

氏 名
電話番号
本人との続柄

養育医療給付継続申請書

養育医療の給付を継続して受けたいので、次のとおり申請します。

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
〒

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電 話 番 号

担当医師氏名