

第7号様式（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ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>指定養育医療機関 〒</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>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>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名</p> <p>本人との続柄（ ）</p> <p>電話番号</p> <p>越谷市長 宛</p>												