

様式第6号(第8条関係)

養育医療給付継続申請書									
フリガナ 本人氏名			生年 月日	年 月 日					
本人住所									
医療 券	負担者番号		受給者番号						
	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	月 日現在 グラム					
これまでの経過 及び現在の症状									
医療の継続を必要 とする理由等									
継続を必要とする 期間		年 月 日から 年 月 日まで							
継続の結果による 回復状況の見込									
上記のとおり養育医療の給付を継続する必要があるので、申請します。 年 月 日 指定医療機関名 及び所在地 医師氏名 赤磐市長 様 印									
申請受付年月日			決定年月日						