

# 養育医療給付継続申請書

令和 年 月 日

浦添市長 殿

申請者居住地

氏名

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	令和 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		令和 年 月 日から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
※ 上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定養育医療機関 名称 所在地 医師氏名 ⑩					
※申請受付年月日	令和 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。