

養育医療給付継続申請書

沖縄市長 様

年 月 日

申請者住所 (〒 -)

申請者氏名

本人との続柄

電話番号 - -

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					
本人氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
扶養義務者氏名		本人との続柄		職業	
養育医療券の交付番号		養育医療券の有効期間		年 月 日から	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	年 月 日 から	年 月 日	まで	
※ 上記のとおり診断する。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>					
※申請受付年月日	年 月 日				

注 ※欄は、申請者は、記入しないでください。