

様式第5号(第3条関係)

養育医療給付継続申請書				
本人氏名		生年月日	年 月 日	
本人住所				
医療券	負担者番号	23331010	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				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関 名 及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 <span style="float: right;">①</span></p> <p style="text-align: center;">岡山市長 殿</p>				

保健所確認欄		受付印
前回決定情報	階層区分	
	徴収基準 月 額	円
	医療券の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	備考	