

様式第11号（第6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る。 年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の 名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名</p>									
<p>ふじみ野市長 宛て</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 style="text-align: center;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p>									