

養育医療継続給付申請書

令和 年 月 日

那覇市長 宛

申請者住所

申請者氏名

受給者との続柄 ()

連絡先 ·

·

下記のとおり、養育医療給付の継続を申請します。

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|-----|--------------------------|----------|
| 母子（親子） 健康手帳の番号 | | | | |
| 受給者氏名 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 令和 年 月 日 |
| 扶養義務者氏名 | 受給者との続柄 | | 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 | | | |

※ 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

| | | |
|----------|----------|--|
| ※申請受付年月日 | 令和 年 月 日 | |
|----------|----------|--|

(注) ※欄は、申請者は記入しないでください