

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