

養育医療給付継続申請書				
受療者 氏名		男・女	生 月 年 日	年 月 日
受給者 番号		交 付 年月日	年 月 日	今までの 有効期間
継続診療 予定期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
<p>上記のとおり養育医療の継続給付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名</p> <p>連絡先(電話番号)</p> <p>宮津市長 様</p>				
医 師 の 意 見				
継続を必要とする理由及び治療方針				
継続を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名称</p> <p>担当医師氏名</p>				
申請受付年月日		決定年月日		