

養育医療給付継続申請書				
受療者氏名		男・女	生年月日	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 本人との続柄 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) (印) 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 担当医師氏名 (印)</p>				
申請受付年月日		決定年月日		