

養育医療継続申請書			
本人氏名		生年月日	年 月 日
本人住所			
医療券	負担者番号	2 3 3 3 6 0 3 5	受給者番号
	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
			月 日現在 グラム
これまでの経過及び現在の症状			
医療の継続を必要とする理由等			
継続を必要とする期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
継続の結果による回復状況の見込			
<p>上記のとおり養育医療の給付を継続する必要があるので、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医療機関名 及び所在地 医師氏名 印</p> <p>津山市長 殿</p>			
受付年月日		決定年月日	