

第 7 号様式（第 6 条関係）

養育医療給付継続申請書

年 月 日

千 歳 市 長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号

養育医療券	受療者 個人番号			申請者 個人番号		
	受給者 番号	●	●	交付年月日	年 月 日	
	受療者 氏名	男・女		生年月日	年 月 日	
	申請者 氏名	住 所				
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで				
継続を要する期間	年 月 日まで 日間			継続に要する医療費見積額	円	
医師の意見	当初の主要症状又は病名					
	これまでの症状の経過	現在の体重（ ）グラム				
	継続を要する具体的理由					
	継続の結果による回復の見込み					
	年 月 日 指定養育医療機関の名称 医師氏名 印					