

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
	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		