

様式第5号（第3条関係）

養育医療給付継続申請書										
公費負担者番号								本人		
受給者番号								氏名		
交付年月日	年 月 日			医療券 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	グラム					
担当 医師 の 意見	養育医療の給付の継続を必要とする理由									
診療継続予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで									
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続を必要と認める。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名 印</p>										
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>春日部市長 あて</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名（自署又は記名押印）</p> <p>本人との続柄（ ）</p>										