様式第７号（第６条関係）

養育医療給付継続承認決定通知書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療券  交付番号 | 第　　　　　　号 | 医療券有効期限 | | 年　　月　　日 |
| 本人氏名 |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 申請者住所 |  | |
| 継続給付  承認期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　日間 | | | |
| 上記のとおり養育医療の継続給付を承認する。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　舟橋村長　　　　　　　　　　印  指定養育医療機関  担当医師　　　　　　　　　殿 | | | | |