様式第5号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 養　育　医　療　継　続　申　請　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 本人氏名 |  | 医療券交付番号 |  |
| 医療券有効期間 | 　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで |
|  |
| 継続を要する期間 | 　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで |
| 継続を要する理由 |  |
| 　上記のとおり養育医療の継続を申請します。　　年　　月　　日　指定養育医療機関　　(郵便番号：　　　－　　　　　)の名称及び所在地電話番号（　　　　-　　　　　　-　　　　　　）担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　出雲市長　様 |