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 | | | |