

様式第8号(第9条関係)

## 養育医療継続申請書

大槌町長 様

申請者 住所  
氏名

受給者番号								交 付 年 月 日	年 月 日
受給者	氏名						男・女	生年月日	年 月 日
	住所								
保護者	氏名								
	住所								
医療券の有効期		年 月 日 ~			年 月 日				
継続希望期間		年 月 日 ~			年 月 日				
担当医師の意見(継続を必要とする理由)									
上記のとおり診断します。									
年 月 日									
指定養育医療機関名									
担当医師名									
印									