

養育医療継続申請書						
受給者番号						
受療者氏名			生年月日	年 月 日		
申請者氏名			生年月日	年 月 日		
住所	佐世保市			☎		
被保険者証の 記号及び番号			保険者の名称			
指定養育 医療機関 <small>(病院・診療所)</small>	名称					
	所在地					
備考						
<p style="text-align: center;">別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の継続を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">佐世保市保健所長様</p>						
申請受付年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日		