

様式第6号(第6条関係)

養育医療給付継続申請書					
本人	ふりがな				
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所	電話 ( )			
保護者	氏名			本人との 続柄	
	住所				
医療券の有効期間		年 月 日から	年 月 日まで		
継続希望期間		年 月 日から	年 月 日まで		
延長を必要とする理由					
<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給付の継続を申請します。 (郵便番号 — )</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 能代市長 様</p>					
申請受付年月日		決定年月日			