

養育医療継続診療協議書

| | | |
|------------|------------|----------------------|
| 受給者番号 | | |
| 養育医療券交付年月日 | 年 月 日 | |
| フリガナ | | 乳児の生年月日 |
| 乳児氏名 | | 年 月 日 |
| フリガナ | | 乳児との続柄 |
| 申請者氏名 | | |
| 住所地 | | |
| 医師の意見 | 継続診療を要する期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 当初の有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| | 継続診療を要する理由 | |
| | 担当医師名 | (印) |
| | 備考 | |

上記理由によって養育医療を継続する必要がありますから協議します。

年 月 日

指定養育医療機関名
所在地

印

(あて先) 八尾市長