

養育医療継続診療協議書

豊中市長 様

下記の理由によって養育医療を継続する必要があることから協議します。

公費負担者番号		養育医療券 交付年月日	年 月 日
公費負担医療の 受給者番号		乳児の生年月日	年 月 日
乳児氏名 (ふりがな)		申請者氏名 (ふりがな)	
乳児氏名		申請者氏名	
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		
	備考		

○養育医療券の写しを添付してください。

年 月 日

指定養育医療機関名：

所在地：