

様式第9号（第10条関係）

養育医療継続診療協議書

○医療券写を添付してください。

公費負担者番号	2	3	2	7	6	3	4	8	養育医療券交付年月日	年 月 日								
受給者番号									本人（受療者）の 生 年 月 日	年 月 日								
ふりがな									ふりがな									
本人（受療者）の 氏 名									申請者氏名									
医 師 の 意 見	継続診療を要する期間	自	年	月	日	至	年	月	日	当初の有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
	継続診療を要する理由																	
	担 当 医 師 名												⑩					
	備 考																	

上記によって養育医療を継続する必要があると協議します。

年 月 日

指定養育医療機関名  
所 在 地

印

阪南市長様