

様式第7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	平成 年 月 日
公費負担医療の 受給者番号									乳幼児の生年月日	平成 年 月 日
乳児氏名									申請者氏名	
医師の 意見	継続診療を要する期間	自平成 年 月 日			至平成 年 月 日			当初の有効期間	自平成 年 月 日 至平成 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。

平成 年 月 日

指定養育医療機関名  
所在地

印

阪南市長様