

様式第6号(第10条関係)

養育医療継続診療協議書

受給者番号		医療券交付年月日	令和 年 月 日
受給者氏名		男・女	生年月日 令和 年 月 日
申請者氏名			
医療券の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
医師の意見	現在の症状		
	継続診療を要する理由		
	継続診療を要する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
	担当医師名		
	備考		
<p>上記のとおり、養育医療を継続する必要がありますから協議します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>(あて先) 高槻市長</p>			