

養育医療継続診療協議書

公費負担者番号	2	3	2	7	6	0	1	7	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	Ⓜ											
	備考												

○医療券写を添付してください。

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。

平成 年 月 日

指定養育医療機関名
所在地

印

大阪府知事様