

様式第10号（第8条関係）

養育医療継続協議書

年 月 日

西脇市長 様

指定養育医療機関
院（所）長 名

印

養育医療券	公費負担医療の受給者番号				
	交付年月日	年	月	日	
	有効期間	年	月	日から	年 月 日まで
	受療者の氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	申請者の氏名		申請者の住所		
継続を要する期間	年 月 日まで 日間				
継続に要する医療費見積額	円				
担当医師の意見	当初の主要症状又は病名				
	これまでの症状の経過				
	継続を要する具体的理由				
	継続の結果による回復の見込み				
	年 月 日 指定養育医療機関担当医師氏名 印				