

様式第9号(第10条関係)

養育医療継続診療協議書

公費負担者番号									養育医療券交付年月日		年	月	日			
公費負担医療の受給者番号									乳児の生年月日		年	月	日			
ふりがな									ふりがな							
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		年		月		日	当初の有効期間	自		年		月		日
		至		年		月		日		至		年		月		日
	継続診療を要する理由															
	担当医師名															
備考																

上記の理由により養育医療を継続する必要がありますので協議します。

年 月 日

指定養育医療機関名

所在地

藤井寺市長様