

様式第8号

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	
受 給 者 番 号		乳 児 の 生 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 年 月 日 至 年 月 日	当 初 の 有 効 期 間 自 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から協議します。

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

指定養育医療機関名

所 在 地