第5号様式(第4条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付継続協議書 | | | | |
| 受給者番号 |  | 医療券交付年月日 | | 年　　月　　日 |
| 受給者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 医療券の有効期限 | | 年　　月　　日 |
| 申請者住所 |  | | | |
| 継続の理由 |  | | | |
| 現在の症状 |  | | | |
| 今後の医療の具体的方針 |  | | | |
| 継続診療予定期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日　まで | | | |
| 上記のとおり協議します。  　　　　　　年　　　月　　　日  指定医療機関  名称及び所在地  医師名  　　　　土佐清水市長　　様 | | | | |