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 |