様式第７号(第６条関係)

養育医療継続協議書

年　　月　　日

富田林市長　様

指定養育医療機関

住　　所

名　　称

下記理由によって養育医療を継続する必要がありますので協議を申し出ます。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>養育医療券の交付年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受療者</td><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td><td>性　別</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="6"></td><td>男・女</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">継続して治療を必要とする理由</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療予定期間</td><td colspan="9">年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">指定養育医療機関担当医師氏名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

注意　診療予定期間は、受療者の１歳の誕生日の前日までの範囲で継続が可能です。