様式第6号（第5条関係）

養 育 医 療 給 付 継 続 協 議 書

年　　月　　日

丸亀市長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　次のとおり養育医療の給付の継続が必要と認めますので協議します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 未熟児氏名 |  | | 受給者番号  及び  有効期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 申　請　者 | 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 継続しようとする理由 | |  | | |
| 現在の症状 | |  | | |
| 今後の療育の具体的方針 | |  | | |
| 継続の予定期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | |
| 備　考 | | | | |