別記様式第５（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

養育医療継続協議書

　御杖村長　　　　　　　　　　殿

指定養育医療機関名

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 及び名称並びに代表者の氏名

　次の通り、養育医療を継続したいので、御杖村養育医療給付要綱第４条の規定により協議します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療券の  受給者番号 |  | | 養育医療券の  交付年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 継続して医療  を受ける乳児 | 氏　　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 継続しよう  とする期間 | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで　(　　　　　　日間) | | | | | |
| 継続の理由 |  | | | | | |