

## 療育内容変更（療育給付継続）承認書

|          |                          |         |            |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|--------------------------|---------|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 本人氏名     |                          | 負担者番号   | 1          | 7 | 2 | 7 | 6 | 0 | 2 | 3 |
| 申請者氏名    |                          | 受給者番号   |            |   |   |   |   |   |   |   |
| 継続診察承認期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 当初の有効期間 | 令和 年 月 日まで |   |   |   |   |   |   |   |
| 指定療育機関名  |                          |         |            |   |   |   |   |   |   |   |

令和 年 月 日付で協議のあった継続診療に対して上記のとおり承認  
します。

令和 年 月 日

大阪市長

(注) 本承認書は当初の療育券に添付しておくこと。