

療育内容変更(療育給付継続)協議書

療育券 受給者番号		療育券 交付年月日	令和 年 月 日
本人の氏名		病 名	
医師の 意見	継続診療を 要する理由		
	当初の診療 予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
	継続診療を 要する期間	令和 年 月 日 まで	
	指定療育機関 担当医師氏名印	○	

上記理由によって、療育の給付を継続する必要がありますから協議します。

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

指定療育機関名

所在地