

養育医療継続診療協議書

本人 ^{ふりがな} 氏名				養育医療券 交付番号		
申請者 ^{ふりがな} 氏名						
医師 の 意 見	継続診療を要する期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	当初の有効期限	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
	継続診療を要する理由					
	備考					
<p>上記理由によって養育医療を継続診療する必要がありますから協議します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名</p> <p>医師 氏名</p> <p>(提出先) 大阪市長</p>						