様式第６号（第６条関係）

養育医療継続給付協議書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療券  交付番号 | | 第　　　　　　号 | | 医療券交付年月日 | | 年　　月　　日 |
| 本人氏名 | |  | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | |  | | 医療券の有効期限 | | 年　　月　　日 |
| 申請者住所 | |  | | | | |
| 継続を  要する期間 | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで　　日間 | | | 継続に  要する医療費の見積額 | 円 |
| 担当医師の意見 | 当初の主要症状又は病名 | |  | | | |
| これまでの症状の経過 | |  | | | |
| 継続を要する  具体的理由 | |  | | | |
| 継続の結果による回復の見込み（今後の医療の具体的方針） | |  | | | |
| 上記のとおり養育医療の継続給付を要すると認められるので協議する。  　　　　年　　月　　日  指定養育医療機関の名称及び所在地  郵便番号  電話番号  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  （宛先）舟橋村長 | | | | | | |