

様式第6号（第4条関係）

養育医療の継続協議書

医療 機 関 医 師 記 入 欄	ふりがな 受療者氏名		生年月日	年 月 日	
	(医療券番号)		既存医療券 の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	負担者番号				
	受給者番号				
上記のとおり継続する必要があるので、協議します。 なお、症状の概要については、養育医療意見書のとおりです。 年 月 日 指定医療機関名 医師氏名					
申 請 者 記 入 欄	申 請 者	ふりがな 氏 名		本人との 続 柄	
		住 所	〒		
		被保険者等の 記号及び番号		TEL ()	
	関係書類を添えて上記のとおり養育医療の継続を申請します。 年 月 日 申請者氏名 (宛先) 鳴門市長				

届出受付 年月日	年 月 日
-------------	-------

(注) 太枠内のみ記入してください。