

## 養育医療継続協議書

令和 年 月 日

尼崎市長様

指定医療機関

院(所)長名

養育医療券	交付番号	交付年月日	有効期間
	第 号	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
	受療者氏名		
			年 月 日生 男 ・ 女
申請者氏名		住所	

継続を要する期間	継続に要する医療費見積額
令和 年 月 日まで 日間	円

担当医師の意見	当初の主要症状または病名
	これまでの症状経過
	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
	令和 年 月 日 担当医師名