

養育医療継続協議書

年 月 日

(あて先) 京都市長

医療機関コード ()
 指定養育医療機関
 郵便番号
 所在地

名 称
 電話番号
 担当医師氏名

下記のとおり診断します。

受 療 者	フリガナ		性 別	□男 □女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 地	郵便番号		
養 育 医 療 券	公費負担医療の 受給者番号			
	有 効 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	
担 当 医 師 の 意 見	継 続 を 必 要 と する 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	医 療 費 概 算 額	円		
	継 続 を 必 要 と する 理 由			

注 該当口には、レ印を記入してください。