|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 公費負担者番号 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 公費負担者医療の受給者番号 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 継　　続  養育医療給付　　　　　　承認協議書  内容変更 | | | | | | | | | | | | | |
| 本　　人　　氏　　名 | |  | | | 生年月日 | | | |  | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | 電　　話 | | | |  | | | | |
| 住　　　　　　　　所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 担当医師氏名 | |  | | | 疾病名 | | | |  | | | | |
| 協  議  事  項 | 継続又は内容変更の理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 医療券の有効期間 | 年　　　月　　　日　から  　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | | | | | | | | | |
| 変更を要する期間 | 年　　　月　　　日　まで | | | | | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 |  | | | | | | | | | | | |
| 変更する医療機関の所在地及び名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり協議します。    年　　　月　　　日    指定医療機関  所在地    名　称  　　　　　　　　　　　代表者  　　　　　　　　宇美町長　　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | |

様式第6号（第5条関係）