|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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）