様式第４号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付継続（変更）協議書  年 月 日  　八頭町長　 様  　　　　　　　 指定医療機関  　　　　　　　 病院（所）長名 印 | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 医  療  券 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 交付年月日 | 年 月 日 |
| 受療者氏名 |  | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 |  | | | | | | | | 住 所 |  |
| 区 分 | | 前 回 承 認 | | | | | | | | | 継 続 （ 変 更 ） |
| 入 院 期 間 | | . . ～　　 . .  　　 . . ～　　 . . | | | | | | | | | . . ～　　 . .  　　 . . ～　　 . . |
| 当初の主要症状  又は病名 | | |  | | | | | | | | |
| これまでの症状  の経過 | | |  | | | | | | | | |
| 継続（変更）を要す  る具体的理由 | | |  | | | | | | | | |
| 継続（変更）の結果  による回復の見込み | | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  年 月 日  指定医師氏名 印 | | | | | | | | | | | |