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 |