様式第11号(第8条関係)

養　育　医　療　継　続　協　議　書

<table>
<tr><td rowspan="5">医療機関医師記入欄</td><td>ふりがな
受療者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">（　医　療　券　番　号　）</td><td rowspan="3">既存医療券の有効期間</td><td colspan="2" rowspan="3">年　月　日から
年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>負担者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>継続を必要とする期間</td><td colspan="5">年　月　日　から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり継続する必要があるので、協議します。
なお、症状の概要については、養育医療意見書のとおりです。

年　月　日

指定養育医療機関　所在地　〒

名　称

担当医師氏名　印</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者記入欄</td><td rowspan="3">申請者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>受療者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒
（　電話番号　）</td></tr>
<tr><td>被保険者等の記号及び番号</td><td colspan="2"></td><td>保険者等の名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">関係書類を添えて上記のとおり養育医療の継続を申請します。

年　月　日

申請者氏名　印

美波町長　様</td></tr>
</table>