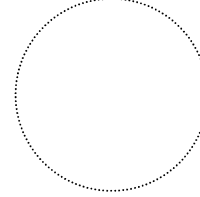


受付印



養育医療継続協議書

年 月 日

西宮市保健所長 様

指定養育医療機関

院(所)長名 _____

養育医療券	交付番号	交付年月日	有効期間
	第 号	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで
	受療者の氏名		年 月 日生 男・女
	申請者の氏名		住 所
継続を要する期間		継続に要する医療費見積額	
年 月 日まで		日間	円
担当医師の意見	当初の主要症状又は病名		
	これまでの症状の経過		
	継続を要する具体的理由		
	継続の結果による回復の見込み		
	年 月 日 指定養育医療機関担当医師名 _____		