

(主治医記入用)		公 費 負 担 者 番 号							
		2	3	4	0	6	4	3	2
		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						⑩ 疾病名			
協 議 事 項	継続又は内容変更の理由								
	医療券の有効期限	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 ⑩ 鞍 手 町 長 殿									
上記のとおり承認します。 年 月 日 鞍手町長 柴田 隆臣 ⑩									