

## 養育医療の継続給付に関する協議書

乳児氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
扶養義務者 氏名		乳児との 続柄		
受給者番号		当初の診療 予定期間		

上記の者の養育医療の継続を必要と認め意見書を添えて協議します。

年 月 日

指定医療機関長

富士宮市長 宛

## 意見書

今までの経過	
今後の見通し	
治療延期を必要とする期間	

上記のとおり診断する。

年 月 日

指定医療機関  
医師氏名