

様式第6号(第5条関係)

養育医療継続給付協議書

医療券番	第	号	医療券有効期限	年	月	日
受療者氏名			申請者氏名			
継続を要する期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	継続に要する医療費の見積額	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					
<p>上記のとおり養育医療の継続給付を要すると認められるので、富山市母子保健法施行細則第5条の規定により協議します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 指定養育医療機関 名称 医 師 氏 名</p> <p>(宛先)富山市長</p>						