第４号様式

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 rowspan="2">本人</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日
＊満１歳未満の方が対象です。</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">医療券番号</td><td>負担者番号</td><td></td><td rowspan="2">既存医療券の有効期間</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">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、養育医療継続の意見書のとおりです。

年　月　日
指定医療機関名
医師氏名</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者記入欄</td><td rowspan="4">申請者</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">本人との続柄</td><td colspan="2" rowspan="2">1　父
2　母
3　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>郵便番号</td><td>―</td><td>電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">保険証</td><td>種　類</td><td colspan="6">協会けんぽ　・　組合　・　共済　・　国保　・　船員　・　生保</td></tr>
<tr><td>記　号</td><td></td><td>番号</td><td></td><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

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　　本人との続柄　（　　）

練 馬 区 長　殿

受付印