

養育医療継続協議書

年 月 日

高 取 町 長 様

指定養育医療機関名

代表者氏名

養育医療を次のとおり継続したいので協議します。

養育医療券の 受給者番号	2 3	2 9	6 2	3 9	養育医療券の 交付年月日	年 月 日
	2 3					
継続して医療を 受ける受給者	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女		
継続しようとする期間	年 月 日 から		年 月 日まで		(日間)	
継続の理由						