

様式第 6 号 ( 第 6 条関係 )

養育医療継続承認協議書		認	承認・不承認
		定	番号
受給者番号			
受療者氏名			
医療継続を要する理由			
医療継続を要する期間			
上記のとおり医療継続の承認を協議します。  年 月 日  医療機関名  担当医師  渋川市長宛て			