

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			