様式第５号（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 養 育 医 療 継 続 承 認 協 議 書 | 認　定 | 　承認　・　不承認 |
| 番号 |
| 受給者番号 |  |
| 患者氏名 |  |
| 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。（宛先）前橋市長 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 医療機関名担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　 |