

療育給付継続協議書

公費負担者番号	1	7	2	7	6	0	1	5	療育券交付 年月日	年 月 日	
公費負担医療の 受給者番号											
担当 医師 の 意見	患者氏名								病名		
	継続診療 を要する 理由										
	継続診療を要 する期間	年 月 日まで			当初の診療 予定期間			年 月 日から 年 月 日まで			
	指定療育機関担当医師 氏 名 印							印			

上記理由によって療育の給付を継続する必要がありますから協議します。

年 月 日

指定療育機関名

印

所在地

大阪府知事様