第７号様式（第７条関係）

養育医療内容変更協議書

医療券に記載されている公費負担医療番号	負担者番号								
	受給者番号								

本人氏名		男・女	生年月日　　年　　月　　日
保護者氏名		住所	

治療	治療見込期間	自　　年　　月　　日 入院治療期間　　（　　日間） 至　　年　　月　　日
	医療費概算額	入院治療費　　円
その他の変更		
体重	出生時　　グラム	現在　　グラム
継続の理由 （症状の経過）		

上記のとおり診断し変更を協議します。

令和　　年　　月　　日

指定養育医療機関の名称及び所在地

医師の氏名　　印

徳之島町長　　殿