令和　　年　　月　　日

福祉事務所長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関

内容変更

更生医療 意見書

期間延長

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受療者氏名 | 　明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日生　（　　歳） |
| 自立支援医療受給者証番号 |  | 受給者証交付年　　月　　日 |  |
| 原傷名 |  |
| 前回承認した更生医療 | 医療内容 |  |
| 期間 | 入院　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　（　　ヶ月）通院　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　（　　ヶ月） |
| 今回申請する更生医療 | 現症及び医療の具体的方針 | （手術日　　月　　　日） |
| 変更期間 | 入院　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　（　　ヶ月）通院　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　（　　ヶ月） |
| 変更後の概算額 |  |

【注意事項】

※「内容変更」「期間延長」の区分に関わらず、すべての項目を記入してください。

※「現症及び医療の具体的な方針」は変更内容がわかるように詳しく記入してください。

※「期間延長」については、「現症及び医療の具体的な方針」に期間延長に至った状況がわかるように詳しく記入してください。