

年 月 日

宝塚市福祉事務所長 様

指定医療機関 (TEL) 印

指定(届出)医師 印

診療担当医師 印

自立支援医療(更生医療)(方針変更・期間延長・医療機関変更)意見書

更生医療を実施したところ 医療の具体的方針を変更 期間延長 医療機関を変更 する必要があるため、

下記のとおり申請します。

更生医療受給者番号	第 号	受療者氏名	
変更(延長)事項及び事由			
・医療の具体的方針を変更 ・医療機関を変更 の場合 受療開始年月日	令和 年 月 日		
・期間延長の場合 延長(予定)期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
変更(延長)後の医療費概算額内容	金額	(備考)	
初診・再診	円		
手術	円		
投薬・治療	円		
処置	円		
検査	円		
入院	円		
その他	円		
合計	円		

※医療機関変更の場合、転院前医療機関(変更理由、転院先医療機関等記載)、
転院先医療機関(受入理由・転院先医療機関・医療費概算等記載)毎に申請が必要。