様式第29号（第28条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 更生医療給付決定通知書  送付先：受療者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | 1 | 5 | 4 | 5 |  | |  |  |  | | 交付年月日 | | | |
| 受給者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  | 年　　月　　日 | | | | | |
| 受療者 | 氏名 | | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 居住地 | | | 市町村 | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | |  | | | | | | 手帳交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 原傷病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の障害部位及び程度 | | |  | | | | | | | | | | | | 種　　級 | |
| 医療の具体的方針 | | | | 入院　　　日  入院外　　　日 | | | |  | | | | | | | | | |
| 指定医療機関名  （病院・診療所） | | | |  | | | | | 指定医療機関所在地  （病院・診療所） | | | | | | | 市町村 | |
| 有効期間 | | 年 　月 　日から　　年 　月 　日まで | | | | | | | | | | | | | 医療費概算額  円 | | |
| 身体障害者福祉法第38条第1項の規定により支払を命ずる額 | | | 月額　　　　　　　　　　　　　　　円  （ただし、月額　　円を限度とする。） | | | | | | | | | | | |
| 支払期限 | | 各診療月末日 |
| 上記のとおり決定しましたので通知いたします。  年　　月　　日  様  椎葉村長　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1　身体障害者福祉法第38条第1項の規定により支払を命ずる額については、その認定方法が複雑ですので、不明な点がありましたら福祉担当課にお尋ねください。

2　入院から通院に変わった場合、又は通院から入院に変わった場合には、実施機関（市町村）に連絡してください。

3　2の場合には、「更生医療（期間延長・内容変更）承認通知書」、又は「却下決定通知書」により通知します。なお、承認後、自己負担額が変わる場合もありますので、ご注意ください。