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。