様式第32号（第29条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 更生医療（期間延長・内容変更）承認書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 号  年　　月　　日  指定医療機関の名称  指定医療機関の長　　　　　　　　　　様  椎葉村長　　　　　　　　㊞  年　　月　　日付け　　号で申請のあった（1　期間延長、2　内容変更）については、下記のとおり変更承認しました。  記 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受療者 | 氏名 |  | | | | | | 入院、入院外の別 | | | | 入院　入院外 | | |
| 受給者番号 |  |  |  | |  | |  |  |  | 医療費概算額 | | | 千円 |
| 医療券の変更後の有効期間 | | | | | | 年 　月 　日から 　年 　月 　日まで | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 支払期限 | 各診療月末日 |
| （ただし、月額　　　　円を限度とする。） | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | 入院　　　日  入院外　　　日 | | | | | | 人工透析療法、免疫抑制療法 | | | | | | |

1　更生医療券の記載事項を変更する必要なく、この承認書を医療券に添付しておいてください。

2　不要の文字は、抹消してください。

3　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。