様式第33号（第29条関係）

|  |
| --- |
| 更生医療（期間延長・内容変更）承認通知書 |
| 号年　　月　　日受療者氏名　　　　　　　　　　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　不要の文字は、抹消してください。

2　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。