様式第35号（第30条関係）

|  |
| --- |
| 更生医療（1　治療材料、2　施術、3　看護、4移送）承認通知書 |
| 第　　　　　号年　　月　　日（更生医療受療者）氏名　　　　　　　　　　㊞椎葉村長　　　　　　　　印1、2、3、4のことについて下記のとおり承認します。記 |
| 施術者又は看護者氏名及び住所 |  |
| 承認事項 | 期間 |  　年 　月 　日から 　年 　月 　日まで（　回） |
| 料金 | 1日料金 | 日数（回） | 金額 | 備考 |
| 円 |  | 円 |  |
| 看護人氏名及び住所 |  |
| 期間 |  　年 　月 　日から 　年 　月 　日まで（　回） |
| 料金 | 1日料金 | 日数 | 金額 | 備考 |
| 円 |  | 円 |  |
| 移送又は治療材料の名称及び数量概算額 |  |
| 備考 |  |

1　不要の文字は抹消してください。

2　2部コピーし、1部は身体障害者更生指導台帳に必ず綴っておいてください。また、もう1部は当該指定医療機関に送付してください。