様式第38号（第31条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 更生医療給付対象者通知書  送付先：宮崎県障害福祉課 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。） | | | | | | |
| 申請書受理日 | | | 年　月　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  宮崎県障害福祉課長　様  椎葉村長　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |