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 |