様式第39号（第31条関係）

|  |
| --- |
| 更生医療（期間延長・内容変更）対象者通知書 |
| 号年　　月　　日宮崎県障害福祉課長　様椎葉村長　　　　　　　　印年　　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ので、通知いたします。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（ただし、月額　　　　円を限度とする。） | 支払期限 | 各診療月末日 |
| 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 |

（注）不要の文字は、抹消してください。