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。