様式第１７号（第11条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

八頭町長

指定医療機関開設者　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 更生医療 | 方針変更  期間延長 | 決定書 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日付で申請のあった（氏名）に係る | 具体的方針の変更  期間延長 | について |

は、下記のとおり決定したので、了知願います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療券番号No. | （交付）　　年　　月　　日 | （変更）　　年　　月　　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | 変更後 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 入院・入院外・訪問看護等の別 | 入院　入院外　訪問看護等 | 入院　入院外　訪問看護等 |
| 医療費概算額 |  |  |
| 概算費内訳 |  |  |
| 医療の具体的方針 |  |  |
| 自己負担額 |  |  |
| その他 |  |  |

１　更生医療券の記載事項を変更する必要はなく、この決定書を医療券に添付しておくこと。

２　不要の文字は、抹消すること。