

(参考様式13)

令和 年 月 日

芦屋市福祉事務所長 様

指定医療機関 ⑩

指定(届出)医師 ⑩

診療担当医師 ⑩
(TEL) — —

自立支援医療(更生医療)(方針変更・期間延長・医療機関変更)申請書

更生医療を実施したところ 医療の具体的方針を変更
期間延長(2週間以内) する必要が生じたので、下記の
医療機関を変更
とお申し込みします。

記

更生医療券番号	第 号	医療券交付 年 月 日	令和 年 月 日
診療開始年月日	令和 年 月 日	受療者氏名	
変更(延長)事項及び事由			
期間延長(予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(2週間以内)		
転院(前・先)医療機関名(※1)		所在地	市・町 TEL
変更(延長)後の医療費概算額内訳	金額	(備考)	
初診・再診	円		
手術	円		
投薬・注射	円		
処置	円		
検査	円		
入院	円		
その他	円		
合計	円		

(※1) 医療機関変更の場合、転院前医療機関(変更理由・転院先医療機関等記載)、転院先医療機関(受入理由・転院先医療機関・医療費概算等記載)毎に申請が必要。

令和 年 月 日

私は上記の変更(延長)に同意します。

氏 名

(H25.7 改訂)