

(参考様式12)

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)(心臓・じん臓・小腸・免疫・肝臓)再認定申請書**

自立支援医療(更生医療)受給者証更新の必要が生じたため、下記のとおり申請します。

記

診療開始年月日	令和 年 月 日	受療者氏名	
変更(延長)事項			
期間延長	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
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		

以上