様式第15号(第11条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

国頭村長

受給者　　様

更生医療　　　　　　決定通知書

方針変更

期間延長

さきに決定された更生医療の給付について、下記のとおり　　　　　　　が決定されたので通知します。

医療方針変更

期間延長

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療券番号　No. | (交付)　　年　　月　　日 | (交付)　　年　　月　　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | 変更後 |
| 有効期日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 入院・入院外の別 | 入院・入院外 | 入院・入院外 |
| 医療費概算額 |  |  |
| 自己負担額 |  |  |
| その他 |  |  |

(備考)　不要の文字は、抹消すること。