文書番号

　　年月日

　　　　　　　　　　　　　　様

国頭村長　　　　　　　　　印

自立支援医療変更等承認通知書

　年　　月　　日付で申請があった　　　　　については、下記のとおり承認します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | | | | | | | | 住所 | | |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | | 決定年月日 | | |  |
| 受給者証記載事項 | 変更前 | | | | | | | | | 変更後 | | |
| (１)医療機関名 |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| （２）受給者番号 |  | | | | | | | | | | | |
| （３）交付年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| （４）有効期限 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| （５）医療費概算額 |  | | | | | | | | | | | |
| （６）医療の具体的方針 | 円 | | | | | | | | | | | |
| （７）自己負担上限額 | 月額　　　　　　　円 | | | | | | | 支払期日 | | |  | |
| （８）その他 |  | | | | | | | | | | | |