様式第35号（第25条関係）

医療の内容を変更期間を延長

内容変更期間延長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 育成医療･更生医療　　　　　　　　承認申請書  　　　　年　　月　　日  丸亀市福祉事務所長　　　　　宛  指定医療機関の名称  及び代表者名  育成医療・更生医療を実施したところ　　　　　　　　　　　　する必要が  生じたので、下記のとおり承認されるよう申請します。 | | | | | |
|  | 受給者証番号 |  | 受給者証交付年月日 | 年　月　日 |  |
|  | 診療開始年月日 | 年　月　日 | 受療者氏名 |  |  |
|  | 変更事項及び事由 |  | | |  |
|  | 変更後の概算額 |  | | |  |
| 私は、上記の申請に同意します。  氏名 | | | | | |