第14号様式

期間延長

内容変更

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  　　　　年　　月　　日  指定医療機関　　　　殿  御杖村長　　　　　　　　　　印  更生医療変更承認書  　　　　年　　月　　日付け申請のあつた(　　　　)に係る更生医療の給付の　　　　　　　　について下記のとおり承認した。  記 | | | | |
| 医療券番号 | (交付) | 年　　　　月　　　　日 | (変更) | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | | 変更後 | |
| 有効期限 | 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 | 円 | | 円 | |
| 概算費内訳 |  | |  | |
| 医療の具体的方針 |  | |  | |
| 自己負担額 | 円 | | 円 | |
| その他 |  | |  | |