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 | 　 | 　 |