第24号様式

更生医療給付申請及び決定簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書受付月日 | 更生指導台帳番号 | 氏名 | 身体障害者手帳番号 | 障害名及び級別 | 判定依頼月日及び判定書受理月日 | 給付決定月日又は却下決定月日 | 更生医療券交付年月 | 決定の内容 |
| 更生医療券番号 | 診療日数 | 有効期限 | 傷病名 | 医療費概算額 | 自己負担 | 指定医療機関名 |
| 居住地 | 負担額 | 支払期日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 入院通院 | 　 | 　 | 　 | 第1月第　月最終月 | 　 | 　 |
| 御杖村 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 入院通院 | 　 | 　 | 　 | 第1月第　月最終月 | 　 | 　 |
| 御杖村 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 入院通院 | 　 | 　 | 　 | 第1月第　月最終月 | 　 | 　 |
| 御杖村 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 入院通院 | 　 | 　 | 　 | 第1月第　月最終月 | 　 | 　 |
| 御杖村 |