

年 月 日

(あて先) 津市長

申請者 氏名 印

自立支援医療〔更生医療〕 方針変更
期間延長 申請書

自立支援医療〔更生医療〕を実施したところ 医療の具体的方針を変更 する必要が
期 間 を 延 長
生じたので下記のとおり申請します。

記

自立支援医療費 受給者番号		受給者証 交付年月日	
治療期間	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	円		
上記のとおり意見します 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 印			