年　　月　　日

（あて先）　津市長

申請者　氏名　　　　　　　　　　　印

方針変更

期間延長

自立支援医療〔更生医療〕　　　　　　　申請書

医療の具体的方針を変更

期　間　を　延　長

自立支援医療〔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 | | | |