

自立支援医療（更生医療）方針変更・期間延長意見書

区 市 町 村 長 殿

年 月 日

更生医療の支給について（方針変更 ・ 期間延長）をする必要を認めます。

指定自立支援医療機関の

名称及び所在地

主として担当する医師名（法第 59 条指定医師）

受給者氏名	受給者 様		
受給者証交付年月日	受給者証交付 年 月 日		
受給者証有効期間	入院	年 月 日から	年 月 日まで（ ）日間
	通院	年 月 日から	年 月 日まで（ ）回
変更事項及び理由			
追加分の概算額の内訳	年 月 日から 年 月 日まで（ ）日間延長 ⓑ追加分医療費概算額 円		
医療費概算額	変更前 ㉠	円	
	変更後 ㉠+㉡	円	

※ ㉠は現在受けている医療に適用されている受給者証に基づく医療費概算額を記載してください。

※ 追加分の概算額の内訳について項目が多い場合は、「自立支援医療費（更生医療）見積り明細書 全障害共通用」をご活用ください。

※ 方針変更・期間延長の申請は受給期間内に提出してください。