

様式第32号（第23条関係）

自立支援医療（更生医療・育成医療）内容変更承認申請書

年 月 日

朝来市長 様

指定医療機関

診療担当医師

自署されない場合は記名押印とする。

期 間

自立支援医療（更生医療・育成医療）を実施したところ を変更する
医療の具体的方針

必要が生じたので、下記のとおり申請します。

記

受給者証番号	第 号	受給者証交付年月日	年 月 日
診療開始年月日	年 月 日	受療者氏名	
個人番号			
変更事項及び理由			
医療費概算額内訳	金 額	備 考	
手 術	円		
投 薬 注 射	円		
処 置	円		
検 査	円		
入 院	円		
そ の 他	円		
合 計	円		

私は、上記の変更に同意します。

自立支援医療（更生医療・育成医療）

受給者氏名

自署されない場合は記名押印とする。