

(参考様式 11)

年 月 日

明石市福祉事務所長 様

指定医療機関

指定(届出)医師(自署)

診療担当医師(自署)

(自署でない場合は氏名の右に押印してください。)

(TEL) — —

自立支援医療（更生医療）（心臓・じん臓・小腸・免疫・肝臓）再認定申請書

自立支援医療（更生医療）受給者証更新の必要が生じたため、下記のとおり申請します。

記

更生医療券番号	第 号	医療券交付 年 月 日	年 月 日
診療開始年月日	年 月 日	受療者氏名	
変更（延長）事項			
期間延長	年 月 日 ~	年 月 日	
変更（延長）後の 医療費概算額内訳	金額	(備考)	
初診・再診	円		
手術	円		
投薬・注射	円		
処置	円		
検査	円		
入院	円		
その他	円		
合計	円		

年 月 日

私は上記の変更（延長）に同意します。

氏 名