様式第15（第11条関係）

番　　　　号

　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　町村長　㊞

受給者　様

更生医療　　　　　　承認通知書

さきに決定された更生医療の給付について、下記の通り　　　　が承認されたので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療券番号 No | （交付）　年　月　日 | （交付）　年　月　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | 変更後 |
| 有効期日 | 年月日 | 年月日 |
| 入院・入院外の別 | 入院　入院外 | 入院　入院外 |
| 医療費概算額 |  |  |
| 自己負担額 |  |  |
| その他 |  |  |

（備考）　不要の文字は、まっ消すること。

期間延長

内容変更

期間延長

内容変更