様式第17（第12条関係）

更生医療　　　　　　承認通知書

番　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

町村長　㊞

　　月　　日申請のあった　　　　については、下記の通り承認します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認期間及び回数又は名称及び数量 |  |
| 概算額 |  |
| その他 |  |

（備考）　1　当該指定医療機関に付し写を送付すること。

2　不要の文字は、まっ消すること。

施術

看護

移送

治療材料

施術

看護

移送

治療材料