様式第24（第17条関係）

更生医療給付申請及び決定簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書  受付  月日 | 更生指  導台帳  番号 | 氏名  居住地 | 身体障  害者手  帳番号 | 障害者及び  級別 | 判定依  頼月日  及び判  定受理  月日 | 給付決  定月日  又は却  下決定  月日 | 更生医  療券交  付月日 | 決定の内容 | | | | | | | |
| 更生  医療券  番号 | 診療  日数 | 有効  期間 | 傷病名 | 医療費  概算額 | 自己負担 | | 指定医  療機関名 |
| 負担額 | 支払  期日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 入院  退院 |  |  |  | 第1月  第　月  最終月 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |