

自立支援医療（育成医療）の		継 続 変 更	意見書										
フリガナ 受診者名前													
受診者住所	〒												
自立支援医療費 受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
変 更 内 容	事項	変 更 前	変 更 後										
	病名												
	医療の内容及び変更 を要する理由												
	治療見込期間	入院 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 回 至 令和 年 月 日 日間 訪問 自 令和 年 月 日 回 看護 至 令和 年 月 日 日間	入院 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 回 至 令和 年 月 日 日間 訪問 自 令和 年 月 日 回 看護 至 令和 年 月 日 日間										
	医療費概算額	入院 治療費 円 通院 治療費 円 訪問看護等 円	} 計	入院 治療費 円 通院 治療費 円 訪問看護等 円	} 計								
令和 年 月 日													
指定自立支援医療機関名													
電話番号													
担当医師名													