

(参考様式12)

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）（方針変更・期間延長・医療機関変更）申請書**

更生医療を実施したところ **医療の具体的方針を変更  
期間延長（2週間以内）** する必要が生じたので、下記の  
**医療機関を変更**  
とお申し込みします。

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）事項及び事由					
期間延長（予定）	年 月 日 ~		年 月 日（2週間以内）		
転院（前・先）医療機関名（※1）			所在地	市・町	TEL
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				

(※1) 医療機関変更の場合、転院前医療機関（変更理由・転院先医療機関等記載）、転院先医療機関（受入理由・転院先医療機関・医療費概算等記載）毎に申請が必要。

年 月 日

私は上記の変更（延長）に同意します。

氏名