平成　　年　　月　　日

土佐清水市福祉事務所長　様

指定医療機関　　　　　　　　㊞

更生医療を実施したところ　　する必要が生じたので下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 更生医療券番号 |  | 医療券交付年月日 |  |
| 診療開始年月日 |  | 受療者の氏名 |  |
| 変更事項及び事由 |  |
| 変更後の概算額 |  |

私は上記の変更に同意します。

氏名　　　　　　　　㊞