土清健第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

受給者

様

土佐清水市福祉事務所長　　㊞

更生医療　　決定通知書

さきに決定された更生医療の給付について，下記の通り　　が決定されたので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療券番号№ | (交付)　　年　　月　　日 | (変更)　　年　　月　　日 |
| 医療券記載事項 | 変更前 | 変更後 |
| 有効期限 | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 入院，入院外の別 | 入院・入院外・訪問看護等 | 入院・入院外・訪問看護等 |
| 医療費概算額 | 円 | 円 |
| 自己負担額 | 入院　　　　　　　　　　円  外来　　　　　　　　　　円 | 入院　　　　　　　　　　円  外来　　　　　　　　　　円 |
| その他 |  |  |

備考　不要の文字は，抹消すること。