下記のとおり　　が必要であるから申請します。

土佐清水市　　　　　様

居住地

氏名　　　　　　　　㊞

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 更生医療券番号 |  | 更生医療券交付年月日 |  |
| 障害名 |  | 指定医療機関名 |  |
| 必要とする期間 |  |
| 必要とする理由及び内容 |  |
| 概算額 |  |
| 指定医療機関 | ㊞ |

（備考）不要の文字は，抹消すること。