|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書受付月日 | 更生指導台帳番号 | 氏名  居住地 | 身体障害者手帳番号 | 障害名及び級別 | 判定依頼月日及び判定書受理月日 | 給付決定月日又は却下決定月日 | 更生医療券交付年月日 | 決定の内容 | | | | | | | |
| 更生医療券番号 | 診療日数 | 有効期限 | 傷病名 | 医療費概算額 | 自己負担 | | 指定医療機関名 |
| 負担額 | 支払期日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 入院  通院 |  |  |  | 第１月  第　月  最終月 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |