

参考 <様式 更 7>

自立支援医療（更生医療） 現況届

フリガナ	
氏名	
生年月日	M. T. S. H 年 月 日 (歳)
住所	
治療見込み 期間	入院 ヶ月 通院 ヶ月
医療費概算 (食費を除く)	

上記の者について、平成 年 月 日付自立支援医療（更生医療）意見書に記載した現症及び治療方針に変更はありません。なお、医療費の概算は別紙のとおりです。

平成 年 月 日

指定医療機関名

医師氏名 (指定医療機関届出)

印