

更生医療 期間延長 申請書  
内容変更

受診者	フリガナ											
	氏名						生年月日	年 月 日				
	個人番号											
	住所	〒 大阪市 区 電話番号										

公費受給者番号								医療券交付年月日	年 月 日		
診療開始年月日	年 月 日							年 月 日			
変更事項及び事由											
変更後の概算額											
上記内容に誤りがないことを証明いたします。 指定自立支援医療機関名											

期間を延長  
更生医療を受けたところ、医療の内容を変更 する必要があるため上記のとおり申請します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_  
年 月 日

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提出者	氏名	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医療機関職員
	住所	<input type="checkbox"/> その他 ( )	電話番号	

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

上記申請内容により、  
 期間延長 ・ 内容変更を承認し、承認通知書を発行します。  
 期間延長 ・ 内容変更を不承認とし、却下通知書を発行します。

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	担当係長	係員
	・					
	決裁年月日					
	・					

公印審査	
取扱責任者	文書主任