第　　　 号

年 月 日

医療機関宛

自立支援医療（更生医療）支給認定決定のお知らせ

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。なお、受給者ご本人様には受給者証の原本を送付済みであることを申し添えます。

**固定文言１**

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | |  | 受給者番号 |  | | |
| 受診者氏名 | |  | 生年月日 |  | | |
| 加入医療保険の  記号及び番号 | |  | 保険者番号 |  | | |
| 保険者名 |  | | |
| 重度かつ継続 | |  | 入・通院区分 |  | | |
| 公費負担の対象障害 | |  | | | | |
| 医療の具体的方針 | |  | | | | |
| 病院・診療所 | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 薬局 | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 訪問看護事業者 | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 有効期間 | | から　　　　　　　　　　　　　まで | | | | |
| 自己負担上限額 | |  | 特定疾病療養受療の認定 | |  | |
| 再認定及び変更  の場合の理由 | |  | | | | |
| **自由記載１**  （お問合せ先） | | | | | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | | | | | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ | | | | |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | | | | |