

自立支援医療(更生医療)事前連絡票

年 月 日

市 町 長  
福祉事務所長 様

所 在 地  
医療機関名  
代表者氏名

( 担当者名  
電話番号 )

下記のとおり、緊急的に自立支援医療(更生医療)を行う必要が生じたので、連絡します。  
記

本 人 の 状 況	ふりがな 氏名		年 月 日生 ( 歳、男・女)
	住所		
	身体障害者手帳番号	第	号
	自立支援医療(更生医療)の対象となる障害名 及び手帳交付年月日		年 月 日交付
自 立 支 援 医 療 ( 更 生 医 療 ) 関 係	緊急的に更生医療を行 わなければならない理 由 (具体的に)		
	医療内容		
	入院年月日	年 月 日	
	更生医療開始予定日	年 月 日	

-----  
上記の者は自立支援医療(更生医療)の対象者と認められるので、自立支援医療(更生医療)の適用について配慮願います。

年 月 日

静岡県身体障害者更生相談所長 様

市町長・福祉事務所長

( 担当者名  
電話番号 )