

自立支援医療（更生医療）期間変更届

令和 年 月 日

長野県立総合リハビリテーションセンター所長 様

市 町 村 長
(公印省略)

予定期間について下記のように変更しました。

記

| | | | |
|--------------|---|-------|----------------------------|
| 判定書番号 | リハ第2- 号 | | |
| 身体障がい者 本人 | ふりがな 氏 名 | | 大正 年 月 日生 昭和 (歳) 平成 |
| | 住 所 | 〒 | (Tel - -) |
| 変更の期間 | 変更前期間 | 年 月 日 | ～ 年 月 日 |
| | 変更後期間 | 年 月 日 | ～ 年 月 日 |
| 変更理由 | ① 本人の体調不良のため ② 病院の事情によるもの ③ その他 () | | |
| 確認項目 | 以下に変更がないことを病院に確認しました。 ①原因疾病名 ②障害の状況 ③手術内容 ④更生医療予定日数 ⑤医療機関 ⑥医療費概算額 | | |