第29号様式(第21条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

自立支援医療費( 更生医療 ・ 育成医療 )支給認定(変更)通知書

　　　　　　　　　　　　様

多古町長　　　　　　　　　　印

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項の規定による自立支援医療費の申請は、下記のとおり認定したので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付内容 | |  | | | | |
| 指定医療機関名 | 病院・診療所 |  | | 所在地・  電話番号 |  | |
| 薬局 |  | | 所在地・  電話番号 |  | |
| 訪問看護事業者 |  | | 所在地・  電話番号 |  | |
| 給付期間 | |  | | | | |
| 医療費概算額 | |  | | | | |
| 自己負担上限額 | | 月額 | 支払期限 | | |  |