

様式第 4 号

自立支援医療(更生医療)治療経過及び予定報告書
年 月分

自立支援医療(更生医療)の治療経過及び予定について下記の通り報告する。

指定医療機関の名称
担当者氏名

印

市 町 長
福祉事務所長 様

記

受給者証番号		患者氏名	
治療経過の概要 〔請求額も併せ 記入すること〕			
今月の治療の予定 概 要			
医療の具体的方針 及び期間の延長を 求める場合はその 旨を記入すること。			
そ の 他			

