

年 月 日

（宛先）静岡市長

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		明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 (歳、男・女)
	住所			
	身体障害者手帳番号	第 号		
	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		
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具体的な理由			
	医療内容			
	入院年月日	年 月 日		
	更生医療開始予定日	年 月 日		

上記の者は更生医療の対象者と認められるので、更生医療の適用について配慮願います。

年 月 日

（宛先）静岡市地域リハビリテーション推進センター所長

静岡市 福祉事務所長
〔 担当課
担当者
電話番号 〕