

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。

平成 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 〕