

<様式 更6>

## 自立支援医療（更生医療） 現況届

フリガナ	
氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（ 歳）
住所	
治療見込み 期間	入院 月 通院 月
医療費概算 （食費を除く）	

上記の者について、 年 月 日付自立支援医療（更生医療）意見書に記載した現症及び治療方針に変更はありません。なお、医療費の概算は別紙のとおりです。

令和 年 月 日

指定医療機関名・所在地

\_\_\_\_\_  
医師氏名（指定医療機関届出）  
\_\_\_\_\_