

様式第2号

自立支援医療（更生医療）治療経過・予定報告書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

指定医療機関名

担当医師氏名

自立支援医療（更生医療）の治療経過及び予定について、次のとおり報告します。

受給者番号		受診者氏名	
治療経過の概要 (請求額も併せて 記入してください。)			
今後の治療の予定			
医療の具体的方針 (期間の延長を求 める場合は、その旨 も併せて記入して ください。)			
そ の 他			