

自立支援医療（更生医療）に関する意見書

（※腎臓機能障害以外の様式となります。）

フリガナ								
受診者氏名	年 月 日（ 歳）							
受診者住所								
原因疾患名								
経過・現症								
医療方針 及び 治療効果	（入院・入院及び通院・通院）							
治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで（ か月・ 日間）							
治療効果見込	手術等施行前の等級 級 施行後の等級 級 <理由>							
医療費概算額	医療機関 金 円也 薬局（院外処方分のみ記入） 金 円也							
区 分	内 容	月 別 医 療 費 内 訳						(単位:円) 計
		1 か月目	か月目	か月目	か月目	か月目	か月目	
入院（再診）料								
手術料								
注射料								
薬物料								
処置料								
検査料								
X線料								
ギプス料								
リハビリテーション料								
輸血料								
院外処方								
計								
<p>現症により障害者総合支援法に規定する自立支援医療（更生医療）に該当するものと認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関名</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名</p>								

※この意見書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程第六条に基づき無償となります。