意見書様式２

自立支援医療（更生医療）（再認定・方針変更）意見書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td><td rowspan="2">自立支援医療費
受給者番号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>現　　症</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>再認定の
必要事由</td><td colspan="4">（入院・入院及び通院・通院）</td></tr>
<tr><td>再認定期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで（　　か月）</td></tr>
<tr><td>医療方針変更
の必要事由</td><td colspan="4">（入院・入院及び通院・通院）
※方針変更日を具体的に明記のこと。</td></tr>
<tr><td>医療費概算額</td><td colspan="4">医療機関　　金　　円也（月額　　×　　か月）
薬局（院外処方分のみ記入）　金　　円也（月額　　×　　か月）</td></tr>
</table>

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）の

（　再認定　・　医療方針変更　）することを必要と認める。

年　　月　　日

指定自立支援医療機関名

電 話 番 号

担当医師名

※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。