

自立支援医療費(更生医療)支給意見書

下記の者は、診断の結果、障害者総合支援法第5条第24項に規定する自立支援医療(更生医療)を必要と認めます。

ついては、その医療の具体的方針や概算額は、次のとおりです。

氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日生
住 所					
原傷病名					
現 症					
医 療 の 具 体 的 な 内 容	1 方 針				
					
					
					
医 療 費 概 算	2 治療効果見込み				
					
					
					
費 食 を 事 除 療 く 療	3 術後の等級 (身体障害者手帳 級相当に該当)				
	4 治療期間及び入院・通院の別				
	・治療(予定)期間 年 月 日～ 年 月 日 (か月又は 日間)				
	・入院・通院の別 入院 ・ 通院				
医 療 費 概 算		具 体 的 内 容 ※			金 額 備 考
	手 術				
	投 薬 注 射				
	処 置				
	検 査				
	基 本 診 療				
	そ の 他				
合 計					
年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 担当医師氏名 (印) (自署又は記名押印)					《担当者》 氏名 電話 () 番

※ 更生医療の対象となる医療にかかるものについて、御記入願います。