

自立支援医療（更生医療）意見書

次の者は、診断の結果、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第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。

については、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				
	2 治療効果見込				
	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 ・治療期間(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				
医療概算額 <small>費を除く 食事療養</small>		具 体 的 内 容 ※	金 額	備 考	
	手術		円		
	投薬注射		円		
	処 置		円		
	検 査		円		
	基本診療		円		
	そ の 他		円		
合 計		円			
年 月 日 指定医療機関名称・所在地及び担当医師氏名 名 称 _____ 所 在 _____ 担当医師氏名 _____ (印) (自署又は記名押印)			<<担当者>> 氏 名 _____ 電 話 _____		

※ 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。