

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22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	M・T・S・H 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 治療効果見込み				
.....					
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 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (か月又は 日間)					
・入院・通院の別 入院 ・ 通院					
医療費概算 <small>費食を事除療く療</small>	手術	具 体 的 内 容	金 額	備 考	
	投薬注射				
	処置				
	検査				
	基本診療				
	その他				
	合計				
平成 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 担当医師氏名 印			《担当者》 氏名 _____ 電話 () 番		