

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			男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月	日(歳)
受診者氏名							
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	令和 年 月 日 から令和 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 (薬局分)						
区 分	内 容	月 別 医 療 費 内 訳 (単位:円)					
		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> <p style="text-align: right;">印</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)療養担当規定第六条に基づき無償となります。