

自立支援医療(更生医療)【再認定・方針変更】意見書

フリガナ 受診者氏名		明治・大正 昭和・平成	年 月 日 ( 歳)	自立支援医療費 受給者番号	
現 症					
再認定の 必要事由	(入院・入院及び通院・通院)				
再認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( か月)				
医療方針の 必要事由	(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。				
医療費概算額	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)
<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)の</p> <p>( 再認定 ・ 医療方針変更 )することを必要と認める。</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。