

## 自立支援医療(更生医療)給付意見書(一般用)

年 月 日

銚田市福祉事務所長 殿

指定自立支援医療機関 所在地

名称

自立支援医療を主として  
担当する医師氏名(指定医師)

⑩

次の者に対する自立支援医療(更生医療)意見書を提出します。

氏名 生年月日	男 ・ 女	住所	
身体障害者手帳 障害名・等級	年 月 日生( 歳)		
原・傷病名			
現症 及び 治療経過	( 重度かつ継続の該当 有 ・ 無 )		
自立支援医療 (更生医療)の 具体的方針	入院予定日	年 月 日	手術予定日 年 月 日 (入院を必要とする理由: )
入院及び通院を 必要とする日数	入院	カ月 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
	通院	カ月 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
備考			

※ 診断のガイドラインに準拠した形で記載すること。

※ 具体的方針の欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載すること。

※ 記入しきれない場合やその他参考となる資料がある場合は、別紙(任意様式)に記載し添付すること。

## 自立支援医療(更生医療)医療費概算額明細書(一般用)

氏 名				
医療施行概要	金 額		内 訳	備 考
	入 院	通 院		
手 術	円	円	手術名	
投 薬・注 射			薬品名	
処 置			処置名	
検 査			検査名	
基本及び 特掲診察				
ギ ブ ス				
後 療 法				
概 算 額	円	円	合 計	円

※ 治療見込み期間が3ヵ月以内の場合は、その期間の医療費概算額及び内訳を、3ヵ月を超える場合には、1ヵ月あたりの医療費概算額及び内訳を記載すること。