

自立支援医療(更生医療)意見書〔新規・期間延長・医療内容変更〕〔該当に○をつける〕

- (1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害
 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 免疫機能障害 (9) 肝臓機能障害 〔該当に○をつける〕

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢		生年月日 歳	大正 昭和 平成	年	月	日	
受診者住所	岐阜県 市・郡 町・村 番地										
病名							発症年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
障害の現況											
医 療	医療の具体的方針										
	治療見込期間	入院治療期間	[~]	日間	} 通算	日間			
		通院治療回数並びに期間	[~]	回		日間	日間		
	訪問看護予定回数並びに期間	[~]	回	日間		日間	か月		
	医療費概算額	入院治療費			円						
		通院治療費			円	計					円
		訪問看護等			円						
治療後における障害の回復の見込							術前	級			
							術後	級			
その他	入院(予定)日	年	月	日	手術予定日	年	月	日			
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 名称 電話番号 主として担当する医師の氏名											
判 定	自立支援医療(更生医療)給付の適否 適 ・ 否 岐阜県身体障害者更生相談所 令和 年 月 日 医師										

(注) 主として担当する医師の氏名は、指定時に「主として担当する医師」として承認された医師の氏名を記入して下さい。