

## 自立支援医療（更生医療）給付要否意見書

氏名		男・女	住所		大昭 平令	年 月 日生
障害名		原疾患		身体障害者手帳の所持状況 有 ・ 無 ・ 申請中 等級(申請等級)	職業等	X線 写真 有・無
現病歴						
現 症						
医療に 対する 本人の 希望等						
治療の 具体的 方針	(医学的・職業的・日常活動等)					術 前 の 等 級
障害の 回復の 見込						術 後 の 等 級
手術名						
医療費 概算額 及 び 内 訳	手術料(人工透析料を含む。)	円	入 院	円	入 院 期 間	日
	投薬注射	円	そ の 他	円	通 院 期 間	日
	処置	円	合 計	円		日
	検査	円				
	基本診療	円				
自立支 援医療 の開始 予定	自立支援医療開始予定年月日  年 月 日		備考			
特に希 望する 事項又 は治療 終了後 の方針	長期入院、数回の手術、特殊な器具・装具の必要性等					
指定医療機関名					担当医師名  <span style="float: right;">印</span>	
所在地					記載年月日  年 月 日	