

自立支援医療（更生医療）意見書（腎臓を除く）

氏 名		年 月 日生（ 歳）
住 所	市・郡	町・村
原因疾患名		
（現症歴及び障害状況）		
自立支援医療（更生医療）の具体的な治療内容	治療内容 術式等	
	入院日	年 月 日 手術予定日 年 月 日
自立支援医療（更生医療）予定期間	入院	年 月 日～ 年 月 日（ 力月 日）
	通院	年 月 日～ 年 月 日（ 力月 日）
医療費概算額（食費を除く）	入院	円
	通院	円
		合計 円
治療効果見込み		
<p>[自立支援医療（更生医療）機関名と主として担当（代表）する医師名]</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">自立支援医療（更生医療）を 主として担当（代表）する 医 師 名</p>		
<p>※長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄</p> <p style="text-align: center;">自立支援医療（更生医療）適用 要 ・ 否</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 医師</p>		

更生医療期間は入院、通院合わせて原則3カ月以内（通院による透析、抗免疫療法、そしゃく機能障害の歯科矯正治療等は12カ月以内、入院による透析は6カ月以内）である。新規、継続ともに事前申請が必要。