

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書（腎・肝を除く）

氏 名		男 女	証 聊 鞆	年	月	日	生
住 所							
障 害 名							
病 名							
発病年月日	年 月 日						
(不自由の状況)							
(医療の具体的方針) ※1							
(手術日 年 月 日)							
治療見込み期間	入院			通院			
(治療後における回復見込み) ※2							
医 療 概 算 額							
区 分	費 用		区 分	費 用			
手 術	円		基 本 診 療	円			
注 射 投 薬	円		入 院 ()	円			
処 置	円						
検 査	円						
			医療費概算合計額	円			
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 指定医療機関名 医 師 名 ㊟							

※1 医療の具体的方針の欄には、「治療の内容」「手術名」「手術日」を記入して下さい。

※2 治療後における回復見込みの欄には、「障害の軽減状況」「身体機能の改善状況」などを記入して下さい。

〈富山県身体障害者更生相談所記入欄〉 更生医療の支給は 適当・不適当 と審査する。 令和 年 月 日 医 師 名 ㊟	
--	--