自立支援医療（更生医療）再認定確認書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　日生（　　　歳） |
| 住所 |  | | | | | |
| 障害の種類  ※該当項目にチェック | | □肢体不自由　□視覚障害 　□聴覚，平衡機能障害  □音声，言語，そしゃく機能障害  □内臓機能障害（ 心臓・腎臓・小腸・肝臓 ）  □ﾋﾄ免疫不全ｳｲﾙｽによる免疫機能障害 | | | | |
| 医療の具体的方針  ※該当項目にチェック | | □人工透析療法  □移植後の抗免疫療法  （ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ）  □抗HIV療法 | | | □矯正歯科治療  □その他（　　　　　　　　） | |
| 治療見込期間 | | 入　院　　　　　　　か月間 | | | 通　院　　　　　　　か月間 | |
| 医療費概算額  （年額） | | 入　院 | 円 | | | |
| 通　院 | 円 | | | |
|  |  | | | |
| 合計概算額 | 円 | | | |
| 上記のとおり診断し、医療費を概算します。  　　　　 年　　月　　日  指定自立支援医療機関名  主として担当する医師名 | | | | | | | |

・この用紙は、継続申請の場合のみご使用下さい。

・継続申請は、前回の有効期間が切れる前におこなって下さい。