

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 ☐ 矯正歯科治療 ☐ 移植後の抗免疫療法 ☐ その他（　　　　　　　） （心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ） ☐ 抗 HIV 療法			
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。