

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 | 妊 働 職 | 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 <div style="text-align: center;">指定医療機関名</div> <div style="text-align: center;">医 師 名 ㊞</div> | | | | |

※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 <div style="text-align: center;">医 師 名 ㊞</div> | |
|---|--|