

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	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚, 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声, 言語, そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 内臓機能障害 (心臓・腎臓・小腸・肝臓) <input type="checkbox"/> HIV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	<input type="checkbox"/> 人工透析療法 <input type="checkbox"/> 矯正歯科治療 <input type="checkbox"/> 移植後の抗免疫療法 <input type="checkbox"/> その他 () (心臓・腎臓・肝臓) <input type="checkbox"/> 抗 HIV 療法			
治療見込期間	入院	ヶ月間	通院	ヶ月間
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 印				

- ・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。