

自立支援医療(更生医療)意見書

視・聴・そしゃく・小腸

氏名		生年月日		明・大・昭・平・令		年 月 日	
経過等	治療経過						
	自立支援医療が必要となる障害の状況 ※1						
医療の具体的方針 ※2				効果見込み ※3			
医療費概算内訳等	自立支援医療適用期間	入院	年 月 日	～	年 月 日	通院	年 月 日
	医療費概算額	健保点数	点	金額	円		
	①初・再診	点	⑦()	点			
	②投薬・注射	点	⑧入院	点			
	③処置	点	⑨小計	点			
	④手術	点	⑨×10	円			
	⑤検査(レントゲンを含む)	点	⑩その他()	円			
⑥()	点	合計(⑨+⑩)	円				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の名称</p> <p>医師氏名(意見書作成医師)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師)</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

※1 「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、「別添診断書のとおり」と記載してください。

障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を具体的に記載願います。

※2 「医療の具体的方針」欄は、必要な手術名、手術月日、術後の治療内容等を記載してください。

※3 「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。