

自立支援医療(更生医療)給付意見書

- 心臓機能障害 肢体不自由 視覚障害
聴覚障害 音声・言語・そしゃく機能障害
小腸機能障害

新規

期間延長

氏名	生年月日		年	月	日(生 歳)
現住所	身障手帳 番号等		県第	種	号 級
原傷病名	交付年月日		年	月	日
発病年月日 及び 治療経過					
現 症	<期間延長の場合は、その理由>				
自立支援医 療適用申請 入院期間	適用申請入院期間	日間	月	日	～ 月 日
*期間延長 の場合のみ 記入	当初の自立支援医療適用期間		月	日	～ 月 日
	市町村が延長承認した期間		月	日	～ 月 日
	今回申請の延長期間		月	日	～ 月 日
治療後の障 害改善状況 の見込み					
そ の 他					
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関所在地 名 称 *担当医師名 印					

※ 要否 (身体障害者相談センターの嘱託医が記入します)		
要 ・ 否	㊟	意 見
嘱託医判定日		令和 年 月 日

(裏面)

医療費概算額算出明細書

治療の 具体的 方針	入院予定日 月 日 手術予定日 月 日				
	内 訳	最初の30日間	次の30日間	次の30日間	計
	初診料及び再診料	円			
手術料	(手術名)	回 円			
		回 円			
薬 治 料	(薬品名)	日分 回 円			
		回 円			
注射料	(注射名)	回 円			
		回 円			
処 置 料	(処置名)	回 円			
		回 円			
検 査 料	(検査名)	回 円			
		回 円			
入院料	*食事療養費を除く	円			
その他	*具体的に	円			
	合 計	円	円	円	円