

自立支援医療(更生医療)給付意見書(肝臓機能障害用)

新規 通院→入院 期間延長

氏名		生年月日	年 月 日 生 ( 歳)		
現住所		身障手帳 番号 等級	県 号 種 級		
原傷病名		交付年月日	年 月 日		
<現在までの経過・現症>					
肝臓移植の実施の有無 (有・無) 実施年月日 年 月 日					
<医療の具体的方針・治療の見込み>					
自立支援医療適用申請入院期間 日間 / 外来 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)					
<医療費概算額算定表>					
項目	内容	金額 (円)			
		最初の30日	次の30日	次の30日	合計
診察・検査料					
投薬・注射料					
処置・手術料					
入院料(食事療養費を除く)					
その他(具体的に)					
合計					
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	④	意見
嘱託医判定日		令和 年 月 日