

更生医療給付意見書（訪問看護用）

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)	
現住所				
原傷病名		身体障害者手帳 手帳番号 交付年月日	種 級 第 号 再交付	年 月 日
訪問看護 開始日	令和 年 月 日	訪問回数	回/週	
訪問までの 経緯				
訪問看護の 内容				
申請者の 生活状況				
今後の 見込み期間	医療費概算額		円	
	訪問看護費用		円	
	その他		円	
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関所在地 名称 *担当医氏名				
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