

自立支援医療（更生医療）意見書（腎臓を除く）

氏名		年 月 日生（ 歳）		
住所	市・郡 町・村			
原因疾患名				
（現症歴及び障害状況）				
自立支援医療（更生医療）の具体的な治療内容	治療内容 術式等			
	入院日	年 月 日	手術予定日	年 月 日
自立支援医療（更生医療）予定期間	入院	年 月 日～	年 月 日	（ 力月 日）
	通院	年 月 日～	年 月 日	（ 力月 日）
医療費概算額 （食費を除く）	入院	円	合計	円
	通院	円		
治療効果見込み				
[自立支援医療（更生医療）機関名と主として担当（代表）する医師名]				
年 月 日 医療機関の名称 所在地 自立支援医療（更生医療）を 主として担当（代表）する 医 師 名				
※長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄				
自立支援医療（更生医療）適用 要 ・ 否 令和 年 月 日 医師				

更生医療期間は入院、通院合わせて原則3カ月以内（通院による透析、抗免疫療法、そしゃく機能障害の歯科矯正治療等は12カ月以内、入院による透析は6カ月以内）である。新規、継続ともに事前申請が必要。