

自立支援医療（更生医療）意見書（腎臓を除く）

氏名	男 ・ 女	大正 昭和 平成	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）の具体的方針	術式治療												
	入院日	平成	年	月	日	手術予定日	平成	年	月	日			
自立支援医療（更生医療）予定期間	入院	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	（	ヵ月	日）
	通院	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	（	ヵ月	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）機関名と代表医師名]													
平成		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					
								印					
※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 可 ・ 否					
								平成					
								年					
								月					
								日					
								医師					
								印					

更生医療期間は入院、通院合わせて原則3ヵ月以内（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ヵ月以内、入院による透析は6ヵ月以内）である。新規、継続ともに事前申請が必要。