

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）の具体的な治療内容	治療内容 術式等				
	入院日	令和 年 月 日	手術予定日	令和 年 月 日	
自立支援医療（更生医療）予定期間	入院	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	（ 力月 日）
	通院	令和 年 月 日	～	令和 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]					
令和 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 要・否					
令和 年 月 日		医師			
		印			

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。