

## 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<br>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                     |
|                                                                | 通院          | 円                     |
|                                                                |             | 合計 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<br>所在地<br>自立支援医療（更生医療）を<br>主として担当（代表）する<br>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。