

自立支援医療要否意見書

氏名			生年月日	大正・昭和・平成	
診察日	令和	年	月	日	年 月 日
病歴及び現症					
医療の具体的方針					
医療施行概要	金額(円)	内			訳(概略)
手術					
投薬・注射					
処置					
基本及び特掲診療(外来)					
基本及び特掲診療(入院)		①入院(予定)年月日 令和 年 月 日			
		②手術(予定)年月日 令和 年 月 日			
その他					
合計金額	円	①区分 入院 外来 訪問看護等			
		②申請期間 令和 年 月 日から			日・ か月)
備考					

上記のとおり自立支援医療(更生医療)が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項に規定する
指定自立支援医療機関の所在地及び名称
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

㊞

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。
- 注2 医療施行概要欄は、治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。なお、既に入院している場合は、意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。
- 注3 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また、自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。