

自立支援医療(更生医療)意見書〔新規・期間延長・医療内容変更〕〔該当に○をつける〕

- (1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害
 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 免疫機能障害 (9) 肝臓機能障害 〔該当に○をつける〕

フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	
受診者住所	岐阜県 市・郡 町・村 番地									
病名						発症年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
障害の現況										
医 療	医療の具体的方針									
	治療見込期間	入院治療期間	[~]	日間	} 通算	通院治療回数並びに期間	[~]	回	日間	日間
		訪問看護予定回数並びに期間	[~]	回		日間	か月			
医療費概算額	入院治療費	円		通院治療費		円	計	円		訪問看護等
治療後における障害の回復の見込						術前	級			
						術後	級			
その他	入院(予定)日	年	月	日	手術予定日	年	月	日		
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 名称 電話番号 主として担当する医師の氏名										
判 定	自立支援医療(更生医療)給付の適否 適 ・ 否 岐阜県身体障害者更生相談所 令和 年 月 日 医師									

(注) 主として担当する医師の氏名は、指定時に「主として担当する医師」として承認された医師の氏名を記入して下さい。

医療費概算額算出明細書

氏名		年齢 歳	健保本人・健保家族・国保・後期高齢者医療					
内 訳		当初の第1月	第2月	第3月	第4～6月	第7～9月	第10～12月	計
		回 点	点	点	点	点	点	
再診								
指導								
投薬								
注射								
処置								
検査								
手術								
その他								
入院		日間						
合計点数								
合計金額		円	円	円	円	円	円	円

(注) 当初の第1月は、意見書による医療開始日から月末まで、第2月以降は暦月で記入してください。