

自立支援医療要否意見書

氏 名			大正 昭和 平成
診 察 日	令和 年 月 日	生 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 注 4		抗 HIV 療法・免疫調整療法・HIV感染症において直接作用する薬剤のみ	
処 置			
基本及び特掲 診療 (外来)			
基本及び特掲 診療 (入院)		申請期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日 (日・ か月) 入院理由:	
処 方 箋 料 等			
合 計 金 額			
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項の規定する
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

⑧

- 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。
 2 外来の場合は、1 か月間の医療費概算額(10 割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。
 また、1 か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。
 3 入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。
 4 投薬・注射は、製剤名を記載してください。なお、抗 HIV 療法・免疫調整療法その他 HIV 感染に
 対する医療に限ります。