|  |
| --- |
| 音声・言語・そしゃく |

様式例　自２－５

**自立支援医療要否意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 大正　昭和　平成    年　　　月　　　日 |
| 診察日 | 令和　　年　　月　　日 | | 【直近の写真の提出】　有　・　無  無の理由： | |
| 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 | | |
| 手術 |  |  | | |
| 投薬・注射 |  |  | | |
| 処置 |  |  | | |
| 基本及び特掲診療（外来） |  | 再診料 | | |
| 基本及び特掲診療（入院） |  | 1. 入院(予定)年月日　令和　　年　 　月　 　日 2. 申請期間　令和　　年　　 月　 　日から　　　　　日・　　か月）   ③ 入院を必要とする理由　現症欄に記載してください。 | | |
| 処方箋料等 |  |  | | |
| 合計金額 | 円 |  | | |
| 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。

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　手術を伴う入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください（外来を含め3か月以内）。

　４　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県中　央東葛飾障害者相談センター