

自立支援医療要否意見書

音声・言語・
そしやく

氏名			大正 昭和 平成 生年月日 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

印

- 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。