様式第２号

自立支援医療費(更生医療)支給意見書

　下記の者は、診断の結果、障害者総合支援法第５条第24項に規定する自立支援医療(更生医療)を必要と認めます。

　ついては､その医療の具体的方針や概算額は､次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S・H　　年　月　日生 | |
| 住所 | |  | | | | | | |
| 原傷病名 | |  | | | | | | |
| 現症 | |  | | | | | | |
| 医療の具体的な内容 | １　方　針  ２　治療効果見込み  ３　術後の等級  　　　(身体障害者手帳　　　　　級相当に該当)  ４　治療期間及び入院・通院の別  　・治療(予定)期間　　平成　年　月　日～平成　年　月　日（　か月又は　日間）  　・入院・通院の別　　　　入院　・　通院 | | | | | | | |
| 医療  費概  算  費食を事　　　　　　　除療く療 |  | | 具体的内容**※** | | | | 金額 | 備考 |
| 手術 | |  | | | |  |  |
| 投薬注射 | |  | | | |  |  |
| 処置 | |  | | | |  |  |
| 検査 | |  | | | |  |  |
| 基本診療 | |  | | | |  |  |
| その他 | |  | | | |  |  |
| 合計 | |  | | | |  |  |
| 年　　月　　日  　指定自立支援医療機関名  　所在地  　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | 《担当者》  氏名  電話　　　（　　）　 　　番 | |

※　更生医療の対象となる医療にかかるものについて、御記入願います。