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。