

自立支援医療（更生医療）意見書〔新規・期間延長・医療内容変更〕									
(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 免疫機能障害 (9) 肝臓機能障害 (該当に○をつける)									
フリガナ 受診者氏名					年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
受診者住所		岐阜県			市・郡		町・村		番地
病 名							発症 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
障害の現況									
医 療	医療の具体的方針								
	治療見込期間		入院治療期間〔 ~ 〕		日間				
			通院治療回数並びに期間〔 ~ 〕		回 日間		} 通算	日間	
			訪問看護予定回数並びに期間〔 ~ 〕		回 日間			か月	
医療費概算額		入院治療費 通院治療費 訪問看護等		円 円 円		} 計		円 輸血 医療用補装具 移送	
治療後における障害の回復の見込							術前		級
							術後		級
その他		入院（予定）日 年 月 日 手術予定日 年 月 日							
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 年 月 日 自立支援医療（更生医療）指定医療機関 所 在 地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名									
判 定	自立支援医療（更生医療）給付の適否 適 ・ 否 令和 年 月 日 岐阜県身体障害者更生相談所 医師 印								

（注）主として担当する医師の氏名は、医療機関指定申請書に記載された医師の氏名を記入して下さい。