

## 自立支援医療要否意見書

氏名		生年月日	大正・昭和・平成
診察日	令和 年 月 日		年 月 日
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(概略)	
手術			
投薬・注射			
処置			
基本及び特掲診療(外来)			
基本及び特掲診療(入院)		①入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ②手術(予定)年月日 令和 年 月 日	
その他			
合計金額	円	①区分 入院 外来 訪問看護等 ②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月)	
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

⑩

- 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 医療施行概要欄は、治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 なお、既に入院している場合は、意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。  
 3 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。また、  
 自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。