

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 欄			
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)		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

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 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 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。
 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。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。