自立支援医療（更生医療）給付要否意見書

氏名		男・女	住所		生年月日	・　・　生	
障害名		原疾患		身体障害者手帳の所持状況 有・無・申請中 等級（申請等級）　級	職業等		X線写真　有・無
現病歴							
現症							
医療に対する本人の希望等							
治療の具体的方針 障害の回復の見込 手術名	（医学的・職業的・日常活動等）					術前の等級 術後の等級	
医療費概算額及び内訳	手術料（人工透析料を含む。）　円 投薬注射　円 処置　円 検査　円 基本診療　円			入院　円 その他　円 合計　円		入院期間　日 通院期間　日	
自立支援医療の開始予定	自立支援医療開始予定年月日 年　月　日			備考			
特に希望する事項又は治療終了後の方針	長期入院、数回の手術、特殊な器具・装具の必要性等						
指定医療機関名				担当医師名　㊞			
所在地				記載年月日 年　月　日			

※　担当医師名を自署する場合においては、押印を省略することができます。