

自立支援医療（更生医療）意見書 （内容変更・医療機関変更・期間延長）

氏名	男 ・ 女	大正 昭和 平成	年	月	日生（	歳）						
住所	市・郡		町・村									
現在の期間	令和	年	月	日	～令和	年	月	日（	ヵ月	日）		
（内容変更・医療機関変更・期間延長を必要とする医学的理由）												
自立支援医療（更生医療）変更後の具体的な治療内容												
自立支援医療（更生医療）延長予定期間	入院	令和	年	月	日	～令和	年	月	日（	ヵ月	日）	
	通院	令和	年	月	日	～令和	年	月	日（	ヵ月	日）	
医療費概算額（食費を除く）	入院					円	合計					円
	通院					円						
治療効果見込み												
[自立支援医療（更生医療）機関名と主として担当（代表）する医師名]												
令和		年	月	日	医療機関の名称							
		所在地										
		自立支援医療（更生医療）を主として担当（代表）する										
		医師名										
		印										
※長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄												
		自立支援医療（更生医療）の内容変更・期間延長				要・否						
		令和	年	月	日	医師				印		

※ 内容変更を伴わない2週間以内の期間延長は1回に限り市町村長の判断で可能である。