

自立支援医療（更生医療）意見書（腎臓を除く）

氏名	男 ・ 女	大正 昭和 平成	年	月	日生（	歳）						
住所	市・郡		町・村									
原因疾患名												
（現症歴及び障害状況）												
自立支援医療（更生医療）の具体的な治療内容	治療内容 術式等											
	入院日	令和	年	月	日	手術予定日	令和	年	月	日		
自立支援医療（更生医療）予定期間	入院	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日（	力月	日）
	通院	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日（	力月	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）適用							要・否					
令和		年		月		日		医師				
							印					

更生医療期間は入院、通院合わせて原則3カ月以内（通院による透析、抗免疫療法、そしゃく機能障害の歯科矯正治療等は12カ月以内、入院による透析は6カ月以内）である。新規、継続ともに事前申請が必要。