

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				年 月 日生（ 歳）
住 所	市・郡		町・村	
現在の期間	年 月 日～		年 月 日（ カ月 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	年 月 日～	年 月 日（ カ月 日）	
	通院	年 月 日～	年 月 日（ カ月 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]				
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。