

## 自立支援医療（更生医療） 要否判定意見書

ふりがな 氏 名		生年 月 日	年      月      日
-------------	--	-----------	-----------------

1 診断

(1) 原因となった疾病名・外傷名

(2) 障害名（障害の種類）

2 医療の内容

医療の 具体的方針	<p style="text-align: center;">（入院の場合に記入）</p> <p>入院期間                  年      月      日から                                   年      月      日まで</p> <p>手術日                      年      月      日</p>								
医療費 概算額	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">入院治療費</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; vertical-align: middle;">} 合計</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>通院治療費等</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	入院治療費	円	} 合計			通院治療費等	円	円
入院治療費	円	} 合計							
通院治療費等	円		円						
治療効果（除去軽減される障害の程度）見込	<p>（術前の等級    級    →    術後の等級    級）</p>								

年      月      日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師氏名