

自立支援医療（更生医療）意見書〔新規・期間延長・医療内容変更〕

(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害  
 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 免疫機能障害〔該当に○をつける〕

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
受診者住所		岐阜県		市・郡	町・村	番地
病名				発症 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
障害の現況						
医療	医療の具体的方針					
	治療見込期間	入院治療期間〔～〕	日間	} 通算	日間	日間
		通院治療回数並びに期間〔～〕	回			
	訪問看護予定回数並びに期間〔～〕	回	日間			
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	計	円	輸血 医療用補装具 移送
治療後における障害の回復の見込				術前	級	
				術後	級	
その他		入院（予定）日	年 月 日	手術予定日	年 月 日	
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 年 月 日 自立支援医療（更生医療）指定医療機関 所在地 名称 電話番号 主として担当する医師の氏名 印						
判	自立支援医療（更生医療）給付の適否					
定	適 ・ 否		令和 年 月 日		岐阜県身体障害者更生相談所 医師 印	

(注) 1. 治療見込期間は、新規及び医療内容変更の場合は3か月以内、期間延長の場合は12か月以内で記入して下さい。  
 2. 主として担当する医師の氏名は、医療機関指定申請書に記載された医師の氏名を記入して下さい。