

自立支援医療（更生医療）意見書 内容変更・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	平成 年 月 日～平成 年 月 日（ 力月 日）			
（内容変更・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）の具体的変更内容				
自立支援医療（更生医療）延長予定期間	入院	平成 年 月 日～平成 年 月 日（ 力月 日）		
	通院	平成 年 月 日～平成 年 月 日（ 力月 日）		
医療費概算額（食費を除く）	入院	変更前 円 / 変更後 円	合計	変更前 円
	通院	変更前 円 / 変更後 円		変更後 円
治療効果見込み				
<p>[自立支援医療（更生医療）機関名と代表医師名]</p> <p>平成 年 月 日 医療機関の名称 所在地</p> <p>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</p>				
<p>※ 長野県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</p> <p>自立支援医療（更生医療）の内容変更・期間延長 可 ・ 否</p> <p>平成 年 月 日 医師 印</p>				

※ 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。