

## 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）の具体的方針	術式治療		
	入院日	平成 年 月 日	手術予定日 平成 年 月 日
自立支援医療（更生医療）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	円	合計 円
	通院	円	
治療効果見込み			
[自立支援医療（更生医療）機関名と代表医師名]			
平成 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 可 ・ 否		平成 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、そしや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。