

自立支援医療（更生医療）意見書

本人氏名			男 女	生年 月日	年 月 日	
本人住所						
病 名						
不 自 由 の 状 況						
医 療	医療実施の 具体的内容					
	医 療 見 込 期 間	入院期間 通院回数ならびに期間 訪問看護予定回数ならびに期間	回 回	日間 日間 日間	} 通算	日間
	医 療 費 概 算 額	入院医療費 通院医療費 訪問看護等	円 円 円	} 計		円
	医 療 開 始 予定年月日	年 月 日 開始 ・ 年 月 日 終了				
医療後における 障害の回復状況 の見込			身体 障害 者手 帳	術前等級 級 項		
				術後等級 級 項		

上記のとおり診断し、医療費を概算します。

年 月 日

指定医療機関名

担 当 医 師 名