

自立支援医療 (更生医療) 意見書 記入事項の確認

[様式 10 (1)①] 2022.04 改

自立支援医療 (更生医療) 意見書 (腎臓を除く)

氏 名					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 具体的な治療内容	治療内容 術式等				
	入院日	年 月 日	手術予定日	年 月 日	
自立支援医療 (更生医療) 予定期間	入院	年 月 日～	年 月 日 (力月 日)		
	通院	年 月 日～	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					
[指定自立支援医療 (更生医療) 機関名と主として担当 (代表) する医師名]					
		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			
※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	要 ・ 否		
		令和 年 月 日	医 師		

腎臓障害は、「人工透析・腎臓移植」用の別様式があります。

障害の経過と治療の必要性が詳しく書かれていること。
定型化されたものは適当ではありません。

更生医療の対象となる医療の記載欄です。
合併症や原疾患の治療は含みません。
更生医療の対象となる医療は全て記載してください。

更生医療の対象となる医療費の概算です。
合併症や原疾患の治療は含みません。

治療による症状の改善や維持について、
また日常生活能力の回復等について記入してください。

指定自立支援医療機関の主として担当
(代表) する医師名であること。
直筆署名であることが望ましい。
医療機関名のないものは無効です。

身体障害者手帳記載の障害名
と更生医療の内容に整合性が
あることが必要です。

更生医療の開始日以前であること。
必ず記入してください。

市町村が更生相談所に送付する書類

- 1 判定依頼書
- 2 自立支援医療 (更生医療) 意見書
(本書または腎臓障害の様式)
- 3 身体障害者手帳診断書・意見書の写し
(新規申請の場合のみ)