



更生医療意見書(じん臓機能障害を除く)

氏名	年 月 日生	住所		
身体障害者手帳障害名				
【病名】		【現症】		
医療の具体的方針		医療区分	概算金額	備考
		手術		手術名
		投薬注射		
		処置		
		検査		
		基本診療		
		入院		
		その他		
入院(予定)年月日 令和 年 月 日		治療効果見込		
手術(予定)年月日 令和 年 月 日				
治療期間				
入院 ケ月間 ( 日間 )				
通院 ケ月間 ( 日間 )				
上記のとおりである。				
令和 年 月 日				
指定医療機関名				
所在地				
医師名 印				

- ※ 医療費概算額は、更生医療適用分のみを記載してください。
- ※ 指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対して支給決定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。(指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規定(平成18年2月28日厚生労働省告示第65号)第6条)
- ※ 身体障害者手帳取得前、及び更生医療の申請日(市町受付日)以前に行われた医療は更生医療の対象外です。申請者への指導をお願いします。