

## 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 令和	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					
[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			
		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					
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、そしゃ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。