

自立支援医療（更生医療）意見書 （内容変更・医療機関変更・期間延長）

氏名	男 ・ 女	年	月	日生（	歳）
住所	市・郡		町・村		
現在の期間	年	月	日～	年	月 日（
（内容変更・医療機関変更・期間延長を必要とする医学的理由）					
自立支援医療 （更生医療） 変更後の 具体的な治療内容					
自立支援医療 （更生医療） 延長予定期間	入院	年	月	日～	年 月 日（
	通院	年	月	日～	年 月 日（
医療費概算額 （食費を除く）	入院	円			合計
	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）の内容変更・期間延長		要・否			
年 月 日		医師			
		印			

※ 内容変更を伴わない2週間以内の期間延長は1回に限り市町村長の判断で可能である。