

自立支援医療（更生医療）意見書

本人氏名		男 女	生年 月日	大正 昭和 平成	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	日間	}	通算	日間		
		通院回数ならびに期間	回				日間	
		訪問看護予定回数ならびに期間	回				日間	
医療費 概算額	入院医療費	円	}	計	円			
	通院医療費	円						
	訪問看護等	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

印