

自立支援医療（更生医療）意見書

冊

| | | |
|-------|-----------|---|
| 年 月 日 | 医療機関名 | 印 |
| | 所在地 | |
| | 指定(届出)医師名 | 印 |
| | 診療担当医師 | 印 |

| | | | |
|----|------------------|---|----|
| 氏名 | | 男 | 住所 |
| | T・S・H 年 月 日生(歳) | 女 | |

傷病名：

経過および現症：

更 生 医 療 概 要

1. 医療の要否 要 ・ 否
2. 治療効果見込み

3. 医療の具体的方針（術名等）

入院予定日 年 月 日 手術予定日 年 月 日

4. 医療の概要（適用）

| | | | | | |
|---------|-----------|------|---------|----|----|
| 医療費概算内訳 | 治療期間 | 入院 | ヶ月 | 通院 | ヶ月 |
| | 医療費概算額 | 健保点数 | 点 | 金額 | 円 |
| | ① 初 ・ 再 診 | 点 | ⑤ 検 査 | 点 | 点 |
| | ② 投 薬 注 射 | 点 | ⑥ 入 院 | 点 | 点 |
| | ③ 処 置 | 点 | ⑦ そ の 他 | 点 | 点 |
| ④ 手 術 | 点 | | | 点 | |

（ 医療機関へのお願い ）

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・治療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。