

自立支援医療（更生医療）意見書

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

医 療 費 概 算 額 内 記 書

| 医療費 算定額 月別 | 手術料 円 | 投 薬 注射料 円 | 処置料 円 | 検査料 円 | 基 本 治 療 円 | 入院料 円 | 訪 問 看 護 円 | その他 円 | 合 計 円 |
|------------------|----------|-----------------|----------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|----------|
| 第 1 月 | | | | | | | | | |
| 第 2 月 | | | | | | | | | |
| 第 3 月 | | | | | | | | | |
| 第 4 月 | | | | | | | | | |
| 第 5 月 | | | | | | | | | |
| 第 6 月 | | | | | | | | | |
| 第 7 月 | | | | | | | | | |
| 第 8 月 | | | | | | | | | |
| 第 9 月 | | | | | | | | | |
| 第10月 | | | | | | | | | |
| 第11月 | | | | | | | | | |
| 第12月 | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | |