

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 算定額 月別	手術料	投薬 注射料	処置料	検査料	基 治 本 療	入院料	訪 問 護 看	その他	合 計
	円	円	円	円	円	円	円	円	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									