

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	回 回	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

医療費概算額内訳書

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									