

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 令和	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	日間	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		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

