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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間通院回数ならびに期間　　　　　　　　回　　　　日間　　　通算　　　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　　　　　　　　　　　　　円通院医療費　　　　　　　　　　　　　円　　　　計　　　　　　　　　　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

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 |  |