

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