

## 自立支援医療（更生医療） 要否判定意見書

ふりがな 氏 名		生年 月 日	年      月      日
-------------	--	-----------	-----------------

### 1 診断

(1) 原因となった疾病名・外傷名

(2) 障害名（障害の種類）

### 2 医療の内容

医療の 具体的方針	<p style="text-align: center;">（入院の場合に記入）</p> <p>入院期間                    年      月      日から</p> <p style="padding-left: 150px;">年      月      日まで</p> <p>手術日                      年      月      日</p>		
医療費 概算額	入院治療費 通院治療費等	円 円 }	合計                    円
治療効果（除去軽減さ れる障害の程度）見込	（術前の等級    級    →    術後の等級    級）		

年      月      日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師氏名