

自立支援医療要否意見書

氏 名		生年月日	大正・昭和・平成
診 察 日	令和 年 月 日		年 月 日
病 歴 及 び 現 症			
医 療 の 具 体 的 方 針			
医療施行概要	金 額 (円)	内 訳 (概略)	
手 術			
投 薬 ・ 注 射			
処 置			
基本及び特掲 診療 (外来)			
基本及び特掲 診療 (入院)		①入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ②手術(予定)年月日 令和 年 月 日	
そ の 他			
合 計 金 額	円	①区分 入院 外来 訪問看護等 ②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月)	
備 考			

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項に規定する
指定自立支援医療機関の所在地及び名称
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

⑩

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。
 2 医療施行概要欄は、治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。
 なお、既に入院している場合は、意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。
 3 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また、
 自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。

自立支援医療安否息兄青

氏名			生年月日	大正・昭和・平成
診察日	令和	年	月	日
病歴及び現症	<p>どのような経過で今回の手術に至ったかがわかるよう、具体的に記載してください。 具体的な手術部位も記載してください。</p>			
医療の具体的方針	<p>ペースメーカー移植術を実施する、など具体的に記載してください。</p>			
医療施行概要	金額(円)	内 訳(概略)		
手術	<p>術式のほかに診療報酬コード(手術はKから始まる)を記載してください。</p>			
投薬・注射				
処置				
基本及び特掲診療(外来)				
基本及び特掲診療(入院)	<p>①入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ②手術(予定)年月日 令和 年 月 日</p>			
その他				
合計金額	円	<p>①区分 入院 外来 訪問看護等 ②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月)</p>		
備考				

上記のとおり自立支援医療(更生医療)が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項に規定する
指定自立支援医療機関の所在地及び名称
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

⑥

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。
 2 医療施行概要欄は、治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。
 なお、既に入院している場合は、意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。
 3 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また、自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。