

(様式例)

自立支援医療(更生医療)意見書 (じん臓・肝臓機能障害を除く)									
フリガナ 氏 名		男 女		大正 昭和 平成		年 月 日生 (歳)			
住 所		京都府							
障 害 名		(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚、平衡機能障害 (4) 音声、言語、そしゃく機能障害 (5) 内臓機能障害(心臓、小腸) (6) 免疫機能障害							
原 傷 病 名									
現 症 及 び 障 害 状 況									
医 療 の 具 体 的 方 針 及 び 内 容									
治 療 効 果 見 込 み									
医療開始予定日		令和 年 月 日			手術予定日		令和 年 月 日		
医 療 期 間		入 院	月 間		日 間	通 院	月 間		日 間
医療費概算額 (内訳別紙)		円							
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定自立支援 医療機関名 所 在 地・電 話 番 号 担 当 医 師 名 印									
京都府家庭支援総合センター記入欄 自立支援医療(更生医療)適用 可 ・ 否 令和 年 月 日 審 査 医 印									