

## 自立支援医療要否意見書

|               |          |   |      |                   |
|---------------|----------|---|------|-------------------|
| 氏名            |          |   | 生年月日 | 大正 昭和 平成<br>年 月 日 |
| 診察日           | 令和 年 月 日 | 【治療前の写真の提出】 有 ・ 無   |      |                   |
| 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   |      |                   |
| 手術            |          |   |      |                   |
| 投薬・注射         |          |   |      |                   |
| 処置            |          |   |      |                   |
| 基本及び特掲診療 (外来) |          | 再診料   |      |                   |
| 基本及び特掲診療 (入院) |          | ①入院(予定)年月日 令和 年 月 日<br>②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月)<br>③入院を必要とする理由 現症欄に記載してください。 |      |                   |
| 処方箋料等         |          |   |      |                   |
| 合計金額          | 円        |   |      |                   |
| 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

㊞

- 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 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 また、1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 3 入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 4 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。