|  |
| --- |
| 免疫 |

様式例　自２－３

**自立支援医療要否意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 大正 昭和 平成    　　　　　年　　月　　日 |
| 診察日 | 令和　　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  **注４** |  | 抗HIV療法・免疫調整療法・ＨＩＶ感染症において直接作用する薬剤のみ | | |
| 処置 |  |  | | |
| 基本及び特掲診療（外来） |  |  | | |
| 基本及び特掲診療（入院） |  | 申請期間　令和　年　月　日から令和　年　月　日（　　　日・　　か月）  入院理由： | | |
| 処方箋料等 |  |  | | |
| 合計金額 |  |  | | |
| 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項の規定する**

**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　投薬・注射は､製剤名を記載してください。**なお、抗HIV療法・免疫調整療法その他HIV感染に**

**対する医療に限ります**。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県中　央東葛飾障害者相談センター