

自立支援医療（更生医療）意見書

視 覚 障 害
音 声 ・ 言 語 ・ そ し
や く 機 能 障 害
そ の 他

氏名	年 月 日生 男・女			診断月日	年 月 日				
				住所					
原傷病名				機能障害					
現症									
医療の 具体的 方針				医療 の 期間	入院	ヶ月	日間		
					通院	ヶ月	日間		
医療 費 概 算 内 訳	診療区分	回数 又は 日数	点 数		診療区分	回数 又は 日数	点 数		
			単 価	総点数			単 価	総点数	
	初診及び再診				検査料				
	薬 治 料	内服				X 線			
		頓服							
		外用							
	注 射 料	皮下				その他			
		筋肉					整形外科機能訓練		
		静脈					マッサージ		
		その他					言語治療		
処 置 料	輸液血				入院料				
	ギプス								
	麻酔								
手術料	(手術名)				看護料				
					総合計				
治療効果 見込									
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日									
医療機関名						印			
所在地									
指定(届出)医師名						印			
診療担当医師						印			

(医療機関へのお願い)

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・医療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。