様式第2(1)号

# 自立支援医療（更生医療）意見書
（肢体不自由/視覚/聴覚・平衡/音声・言語・そしゃく/小腸）

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | (1) | 氏　　名 | 男・女 | 年　　月　　日生 | 歳 | |
| | (2) | 住　　所 | 〒 | | | |
| 2 | 身体障害者手帳障害名 | 交付年月日 | 年　　月　　日 | | 級 | 種　　級 |
| 3 | 区　　分（該当する□に印） | □ 新規　　□ 再認定（期間延長）　　□ 内容変更 | | | | |
| 4 | (1) | 傷 病 名 | | | | |
| | (2) | 現　　症（再認定・内容変更は、経過を含めて記入） | | | | |
| 5 | (1) | 更生医療の具体的方針 | 術式内容 | | | |
| | (2) | ① 入通院予定日 | 年　　月　　日 | ② 手術予定日 | 年　　月　　日 | |
| 6 | 更生医療の予定期間 | □ 入院 | 年　　月　　日 ～ | 年　　月　　日 | | |
| | | □ 通院 | 年　　月　　日 ～ | 年　　月　　日 | | |
| | | 医療費概算額 | 入院治療費　円<br>通院治療費　円<br>円 | 計 | 円 | |
| | 有効期間は原則3ヶ月以内。これを超える場合は再認定（期間延長）が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。 | | | | | |
| 7 | 治療後の障害の回復状況見込 | | | | | |

上記のとおり診断します。

山梨県障害者相談所長　殿　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関名
（更生医療）

所在地

主として担当（代表）する医師名　　印

注：自立支援医療（更生医療）は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。