

(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									