

自立支援医療〔更生医療〕意見書（内部疾患更新用）

フリガナ		男・女	身 体 障 害 者 手 帳	障害等級	種	級
氏名				障害等級	種	級
M・T・S・H	年 月 日 生 歳			交付日	年 月 日	
居住地				手帳番号	県第	号
				障害名		
				機能障害		
1 医療の種類（該当するものに○をつける）	(1) 腎臓機能障害に対する人工透析療法 (2) 腎臓機能障害に対する腹膜透析療法（CAPD） (3) 腎臓機能障害による腎臓移植後の抗免疫療法 (4) 肝臓機能障害による肝臓移植後の抗免疫療法 (5) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する免疫調整療法					
2 治療期間	ア 入院 イ 通院 ウ 入通院 年 月 日 ～ 年 月 日					
3 意見（入院を必要とする場合）						
4 概算額						
	入院治療費	円				
	通院治療費	円				
	訪問看護等	円				
	計	円				
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名 印 障害者総合支援法第59条による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の「主として担当する医師」が記入して下さい。(主治医との連名可)						