

(更様式1)

### 自立支援医療（更生医療）内容意見書（肢体不自由・その他）

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（ ）						
フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 歳		
住 所：				電話：		
障がい名： 機能障害 級（有・申請中）			原傷病名：			
現病歴および治療経過・現症						
医療の 具体的方針						
医療効果見込				術後等級見込 級		
手術予定日 年 月 日						
医療予定期間 入院： 年 月 日 ～ 年 月 日 通院： 年 月 日 ～ 年 月 日						
検査結果	検査日 年 月 日					
医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置			その他（ ）		
	検査					
	合計		円			
年 月 日 指定自立支援医療機関 の名称・所在地 主として担当する医師 科						

\* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	上記自立支援医療（更生医療）は、（ 適 当 ・ 不 適 当 ）と判定します。
	年 月 日
	福井県総合福祉相談所 審査医師