

## 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	T・S・H 年 月 日生	診断月日	年 月 日						
		住所							
原傷病名		障害種別							
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			点 円	
治療効果 見込									
<p>上記のとおり診断する。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 指定(届出)医師名（自署） 診療担当医師（自署） （自署でない場合は氏名の右に押印してください。）</p>									

**（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。