

自立支援医療（更生医療）  
（期間延長・内容変更）意見書

平成 年 月 日

自立支援医療（更生医療）を実施したところ医療の内容を変更する必要が生じたので、下記のとおり診断し別紙により医療費を概算します。

フリガナ		
氏名	男・女	
生年月日	M. T. S. H 年 月 日（ 歳）	
住所		
現症 及び治療経過		
変更事項 及び事由		
治療見込み 期間	入院 ケ月 日間 (H 年 月 日 ～H 年 月 日)	入院外（通院） ケ月 日間 (H 年 月 日 ～H 年 月 日)
変更後の 概算額 (食費を除く)		

指定医療機関名

科名

医師氏名（意見書作成）

㊞

医師氏名（指定医療機関届出）

㊞