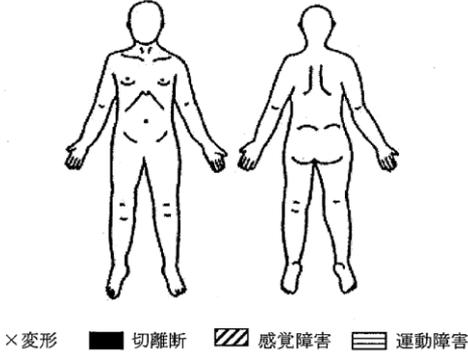


自立支援医療（更生医療）意見書 { 肢体不自由 }

フリガナ	
氏 名	男 ・ 女
生年月日	M. T. S. H 年 月 日 (歳)
住 所	
原傷病名	
現 症 及び 所見	 <p>×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ≡運動障害</p>
更生医療の 具体的方針	自己貯血 (有 無) 入院予定日 (年 月 日) 手術予定日 (年 月 日) 更生医療適用開始予定日 (年 月 日)
治療効果の 見 込 み	
治療見込み 期 間	入院 ヶ月 通院 ヶ月
医療費概算額 (食費を除く)	

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 平成 年 月 日

指定医療機関名

医師氏名（意見書作成）

科 名

_____ (印)

医師氏名 (指定医療機関届出)

_____ (印)