

自立支援医療（更生医療）意見書 （内容変更・医療機関変更・期間延長）

氏名				年	月	日生（	歳）
住所	市・郡		町・村				
現在の期間	年	月	日～	年	月	日（	力月 日）
（内容変更・医療機関変更・期間延長を必要とする医学的理由）							
自立支援医療（更生医療）変更後の具体的な治療内容							
自立支援医療（更生医療）延長予定期間	入院	年	月	日～	年	月	日（力月 日）
	通院	年	月	日～	年	月	日（力月 日）
医療費概算額（食費を除く）	入院				円	合計	円
	通院				円		
治療効果見込み							
[自立支援医療（更生医療）機関名と主として担当（代表）する医師名]							
年		月	日	医療機関の名称			
		所在地			自立支援医療（更生医療）を		
					主として担当（代表）する		
					医師名		
※長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄							
自立支援医療（更生医療）の内容変更・期間延長		要			否		
令和		年	月	日	医師		

※ 内容変更を伴わない2週間以内の期間延長は1回に限り市町村長の判断で可能である。