

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）

自立支援医療
（更生医療）
意見書（変更・延長）
記入事項の確認

身体障害者手帳記載の障害名と更生医療の内容に整合性があることが必要です。

障害の経過と治療変更、延長の必要性が詳しく書かれていること。
入院になる場合は、入院の理由を記入してください。
合併症や原疾患の治療などについてはこちらに記入をしてください。

更生医療の変更・延長開始日以前であること。
必ず記入してください。

市町村が更生相談所に送付する書類

- 1 判定依頼書
- 2 自立支援医療（更生医療）意見書（本書）

氏名			年	月	日生（歳）	
住所	市・郡		町・村			
現在の期間	年	月	日～	年	月	日（カ月 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（カ月 日）
	通院	年	月	日～	年	月	日（カ月 日）
医療費概算額（食費を除く）	入院	円		合計	円		
	通院	円			円		

[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）適用 要・否

令和 年 月 日 医師

全ての障害でこちらの様式が使えます。

腎臓機能障害で、以下の場合は、この様式ではなく様式10(2)を使用してください。

- ・3か月を超える入院
- ・既に認定を受けている期間を超える通院
- ・医療機関変更に伴い、医療費概算額が大幅に変更

内容変更・期間延長を必要とする治療内容を具体的に記入してください。更生医療の対象となる医療の記載欄です。合併症や原疾患の治療は含みません。更生医療の対象となる医療は全て記載してください。

内容変更・期間延長に必要な医療費概算額を記入してください。更生医療の対象となる医療費の概算です。合併症や原疾患の治療は含みません。

治療による症状の改善や維持について、また日常生活能力の回復等について記入してください。

指定自立支援医療機関の主として担当（代表）する医師名であること。
直筆署名であることが望ましい。
医療機関名のないものは無効です。