# 自立支援医療（更生医療）意見書（心臓機能障害・その他）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　　名 | T・S・H　　年　　月　日生 | 判定区分 | 新規　・　期間延長 |
| 住　　所 | | | |
| 障　害　名 | | 手帳等級 | 種　　級 |
| 発病年月日及び治療経過 | | | |
| 現　　症 | （具体的に記載して下さい。） | | |
| 医療の具体的方針 | | 治療効果見込 | （術後の等級：　　級） |

| 医療費概算 | 金額（当初の1か月）注：1か月未満時はその期間分 | 備考 | 期　　間 |
|---|---|---|---|
| 初診・再診料 | 円 | | 手術予定日：　　年　　月　　日 |
| 手術料 | 円 | | |
| 投薬料 | 円 | | |
| 注射料 | 円 | | 入院予定期間 |
| 処置料 | 円 | | 自　　年　月　日 |
| 検査料 | 円 | | 至　　年　月　日 |
| 入院料 | 円 | | か月 |
| その他 | 円 | | 通院予定期間 |
| 合計 | 円 | | 自　　年　月　日 |
| 食事療養費 | 円 | | 至　　年　月　日 |
| 総合計 | 円 | | か月 |

| | |
|---|---|
| その他 | |

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

指定医療機関所在地
指定医療機関名
主として担当する医師名

長　崎　県

医療機関へのお願い

身体障害者手帳取得前、および自立支援医療申請前の医療については自立支援医療の対象となりません。必ず、検査・治療（手術・訓練等）を開始する前に、自立支援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。なお、心臓機能障害等の緊急例以外については自立支援医療の適用が適当と判定が出た後の医療が対象となります。また、自立支援医療費の支給の範囲は、自立支援医療受給者証に記載されている医療に限られます。心臓機能障害については手術及びこれに伴う医療に限られ、いわゆる内科的治療のみのものは除かれます。