

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。

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 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 果 効 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 入院予定期間 自 年 月 日 至 年 月 日 か月 通院予定期間 自 年 月 日 至 年 月 日 か月	
手 術 料	円			
投 薬 料	円			
注 射 料	円			
処 置 料	円			
検 査 料	円			
入 院 料	円			
そ の 他	円			
合 計	円			
食 事 療 養 費	円			
総 合 計	円			
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				