

医療機関へのお願
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、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。

自立支援医療(更生医療)意見書(肢体不自由)				
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	
発症年月日及び治療経過				
現 症 (症 状、 検査結果等)				
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		貯血予定日:	
投薬料	円		入通院予定期間	
注射料	円		(入院・通院)←該当するものを○で囲む	
処置料	円		(※入院・通院の場合は、両方を○で囲む)	
検査料	円		自 年 月 日	
入院料	円		至 年 月 日	
その他	円		()か月	
合計	円		※1回の申請は、入院・通院(貯血含む)	
食事療養費	円		合わせて3か月以内です。	
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				