

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【心臓機能障害用】

新規認定

受診者氏名		性別	男	女	生年月日	年	月	日	()	歳
受診者住所					手帳等級	種 級				
障害名	(身障手帳の「障害名」を転記してください。)									
更生医療の対象となる疾病	疾病名									
	病歴									
	現症	○更生医療を必要とする身体機能・障害の状況								
		○参考となる検査所見（心電図・心カテーテル・心血管造影・画像診断等の所見を記入のこと）								
医療の具体的な方針	○手術予定日（ 年 月 日） ○術名・療法（ ） ○更生医療治療予定期間（3ヶ月以内で必要な期間）（ 年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間）									
○術後の回復の見込み・軽減される障害の程度										
○医療費概算額算出明細 上記更生医療治療予定期間に必要な医療費概算額は裏面に記載のとおりとする。										
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名 印										

※ 身障手帳の「障害名」と更生医療の対象となる病名が一致しない場合は、手術により障がいが補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれることを明確に記載してください。

(表 面)

医療費概算額算出明細書

内訳 (明細) 月別	点 数								合 計 (点)	合 金 (円)	計 額
	初診 ・ 再診	投 薬	注 射	処置	手術麻酔	検 査	入 院	その他			
第 1 月 目 年 月											
第 2 月 目 年 月											
第 3 月 目 年 月											
第 月 目 年 月											
合 計											

※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則 3 ヶ月以内とし、3 ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は 3 ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について上記に記載してください。

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、上記医療費概算額算出明細書には含めないでください。

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は上記医療費概算額算出明細書には記入しないでください。