

自立支援医療(更生医療)意見書【その他 障害用】

方針變更

再認定

[illegible]

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。

※ この様式は、「視覚障害」、「聴覚、平衡機能障害」、「音声、言語、そしやく機能障害」、「小腸機能障害」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」、「肝臓機能障害」について使用してください。

「大分県身体障害者更生相談所」

(裏面【その他障害用:方針変更・再認定】)

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 (円)
	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 4 月 目 年 月											
第 5 月 目 年 月											
第 6 月 目 年 月											
第 7 月 目 年 月											
第 8 月 目 年 月											
第 9 月 目 年 月											
第 10 月 目 年 月											
第 11 月 目 年 月											
第 12 月 目 年 月											
第 月 目 年 月											
合 計											

- ※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
- ※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。
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。なお、免疫機能障害に対する抗HIV療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法の有効期間は、最長1年以内とすることが可能です。また、歯科矯正療法については、一律に1年毎の再認定を行うのであれば可能です。
- ※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告してください。（この場合、表面では「再認定」に丸印をつけてください。）
- ※ 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。