

更生医療要否意見書（肢体不自由・その他）

氏 名		生年月日	年 月 日 生
現 住 所			健康保険の種類 記 号 番 号
原 傷 病 名			
初診年月日	昭・平・令 年 月 日		
現 症	(具体的に記載してください)		
医 療 の 具体的方針	(術名等)		
医療費概算額	金 額 (円)	手術 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			
投 薬 注 射			
処 置			
検 査			
基 本 診 療			
入 院			
そ の 他			
合 計			
総合意見 (軽減される 障害等)			
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所 在 地 名 称 主として担当する医師 (5 9 条 届 出 医 師) (記 名 押 印 又 は 署 名)			

○訪問看護・訪問（通所）リハビリテーションの場合

①更生医療の要否意見書の「通院予定期間」を「訪問看護予定期間」「訪問（通所）リハビリテーション予定期間」と読みかえるものとします。

②訪問看護の場合は、訪問看護指示書（写）を添付してください。更生医療要否意見書の記載内容で訪問看護指示書と重複する項目は「別紙のとおり」として省略して差し支えありません。

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

方針変更
更生医療 意見書（肢体不自由・その他）
再 認 定

氏 名		生年月日	年 月 日 生
現 住 所			
原 傷 病 名			
現 症	(具体的に記載してください)		
前回承認した 更 生 医 療	(術名等)	適用 自： 年 月 日	か月 期間 至： 年 月 日
変更事項 及び 変更理由	(具体的かつ詳細に記載してください)		
医療費概算額	金 額 (円)	手術 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			
投 薬 注 射			
処 置			
検 査			
基 本 診 療			
入 院			
そ の 他			
合 計			
総合意見 (軽減される 障害等)			
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名 称 主として担当する医師 (5 9 条 届 出 医 師) (記 名 押 印 又 は 署 名)			

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）