

自立支援医療（更生医療）意見書（視覚・聴覚・音声言語・肢体不自由）

氏名			年 月 日生（ 歳）	
住所				
障がい名	（身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記入してください）			
原因疾患名				
（現症及び障がい状況）				
自立支援医療（更生医療）の具体的方針	術式内容	（人工膝関節置換術の場合は全置換術か単顆置換術かを明記してください）		
	入院予定日	年 月 日	手術予定日	年 月 日
自立支援医療（更生医療）予定期間	入院	年 月 日 ～ 年 月 日（ か月）		
	通院	年 月 日 ～ 年 月 日（ か月）		
医療費概算額（食費を除く）	入院	円	合 計	円
	通院	円		
治療効果見込み				

上記のとおり診断し、別紙により医療費を概算します。

年 月 日

（提出先）大阪市 区保健福祉センター所長

指定自立支援医療機関 所在地
 名称
 担当科名
 自立支援医療を主として
 担当する医師名

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ交付くださいますようお願いいたします。