

自立支援医療（更生医療）判定書（心臓・じん臓・小腸・免疫・肝臓機能障がい）

氏名					年 月 日生（ 歳）
住所					
障がい名					
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				
	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					

上記のとおり判定（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。