

自立支援医療（更生医療）意見書			
氏 名		男・女	年 月 日生
住 所	市 郡 町		
現傷病名		発病	年 月 日
現 症			
現在までの 治療内容			
医 療 の 具体的方針	入 院： 年 月 日から（ 日間） 手術日： 年 月 日 通 院： 回／ 日・週・月 （ 日間）		
改善の程度			
医療費概算額 （食事療養費及び生活療養費については、生活保護受給者等の減免対象者以外は除きます。）	区 分	概算額（ ヵ月分）	備 考
	検 査	円	
	手 術	円	
	投薬注射	円	
	処 置	円	
	基本診療	円	
	入 院	円	
	そ の 他	円	
合 計	円		
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 指定医療機関 所在地 名 称 担当医師 氏 名 </div>			