

自立支援医療(更生医療)【再認定・方針変更】意見書

フリガナ 受診者氏名		昭和・平成 明治・大正	年	月	日(歳)	自立支援医療 費受給者番号	
現 症							
再 認 定 の 必 要 事 由	(入院・入院及び通院・通院)						
再 認 定期間	年	月	日から	年	月	日まで(ヶ月・ 日間)
医 療 方針 の 必 要 事 由	(入院・入院及び通院・通院) ※方針変更日を具体的に明記のこと。						
医療費概算額	医療機関	金		円也	(月額	×	ヶ月)
	薬局(院外処方分のみ記入)	金		円也	(月額	×	ヶ月)
<p>現症により障害者自立支援法に規定する自立支援医療(更生医療)の</p> <p>(再認定 ・ 医療方針変更)することを必要と認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関名</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

※この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規定第6条に基づき無償となります。