

自立支援医療（更生医療）意見書			
氏 名		年 月 日生	
住 所			
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（       か月分）	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。  <div style="text-align: center;">年       月       日</div>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>指定医療機関</span> <span>所在地</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>担当医師</span> <span>氏 名</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>			