様式第９号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　（免疫機能障害用）

**自立支援医療（更生医療）給付意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 男女 | 生年月日 | 昭　平　令　　　　年月　　日生 |
| 現住所 | 福岡市区 | 身体障害者手帳等級　　　級　交付年　月　日申請中 | 健康保険の種類　記号・番号　 |
| 障がい名 |  |
| 初診年月日 | 年　　月　　日 |
| 現　　症 | （具体的に記載してください）　 |
| 医　療　の具　体　的方　　　針 | 今回入院の場合入 院 の 目 的 |
| 医療費概算額算　定　表 | 金　　額（１ヵ月当）　　円 | 通院予定期間令和　　 年　　月 　　日から 　　　　　令和　 年　 月　 日まで　　カ月入院予定期間令和　　年　　月　　日から　　　　　令和　　年　　月　　日まで　　カ月　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 投薬・注射 |  |
| 診察・検査・処置 |  |
| 入　　　院 |  |
| そ　の　他 |  |
| 合　　計 |  |
| 総合意見（軽減される障がい、治療効果見込み等） |  |
| 令和　　 年 　　月 　　日　　　　　　　指定自立支援医療機関所在地　　　　　　　　　　名　　　　　　　　　　　称　　　　　　　　　　主として担当する医師氏名　　　　 　　　　　　　　　　　　　 |

※指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関療養担当規程（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第６条）

