（様式　１２）

自立支援医療（更生医療）内容意見書　（肢体・その他）

申請の区分　：　新規　・　継続（期間延長）　・　内容変更（　　）				
フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 大正・昭和・平成　　年　　月　　日	年齢 才
住　所　：　　電話　：　　′				
障害名　：　機能障害　　級（有・申請中）			原傷病名　：	
現病歴および治療経過・現症				
医療の 具体的方針				
医療効果見込			術後等級見込　　級	
手術予定日	平成　　年　　月　　日			
医療予定期間	入院：　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日			
	通院：　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日			
検査結果	検査日　平成　　年　　月　　日			

医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置					
	検査					
	合計　　円					

平成　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関
の名称・所在地

主として担当する医師　　科　　印

＊下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	
	上記自立支援医療（更生医療）は、（　適　当　・　不　適　当　）と認定します。 平成　　年　　月　　日 福井県総合福祉相談所　審査医師　　印