

自立支援医療（更生医療）意見書 （内容変更・医療機関変更・期間延長）

氏名				年	月	日生（	歳）	
住所	市・郡		町・村					
現在の期間	年	月	日～	年	月	日（	カ月 日）	
（内容変更・医療機関変更・期間延長を必要とする医学的理由）								
自立支援医療（更生医療）変更後の具体的な治療内容								
自立支援医療（更生医療）延長予定期間	入院	年	月	日～	年	月	日（	カ月 日）
	通院	年	月	日～	年	月	日（	カ月 日）
医療費概算額（食費を除く）	入院				円	合計		
	通院				円		円	
治療効果見込み								
[自立支援医療（更生医療）機関名と主として担当（代表）する医師名]								
年		月	日	医療機関の名称				
				所在地				
				自立支援医療（更生医療）を主として担当（代表）する医師名				
※長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄								
		自立支援医療（更生医療）の内容変更・期間延長		要・否				
		令和	年	月	日	医師		

※ 内容変更を伴わない2週間以内の期間延長は1回に限り市町村長の判断で可能である。