

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	男 ・ 女		年 月 日生（ 歳）	
住 所	市・郡 町・村			
現在の期間	年 月 日～ 年 月 日（ 力月 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（ 力月 日）		
	通院	年 月 日～ 年 月 日（ 力月 日）		
医療費概算額 （食費を除く）	入院	円	合計	円
	通院	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 印				
※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 年 月 日 医 師 印				

※ 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。