

方針変更  
更生医療 意見書 (心臓機能障害)  
再認定

氏 名	男 女	生年月日	M・T S・H	年 月 日	生
現住所					
原傷病名					
現 症	(具体的に記載してください)				
前回承認した 更生医療	(術名等)		適用自： 年 月 日 期間至： 年 月 日  か月		
変更事項 及び 変更理由	(具体的かつ詳細に記載してください)				
医療費概算額	金 額 (円)		手 術 日 年 月 日  入院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日  か月		
手 術					
投 薬 注 射					
処 置					
検 査					
基 本 診 療					
入 院					
そ の 他					
合 計					
総合意見 (軽減される 障害等)					
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 ( 5 9 条 届 出 医 師 )					

印

○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(育成医療・更生医療)療養担当規定(平成18年2月28日厚生労働省告示第65号)第6条)