

自立支援医療費（更生医療）支給要否意見書

じん臓・小腸・免疫機能障害・臓器移植後の抗免疫療法（新規・更新）共通

氏名		年 月 日 生 (歳)	
居住地			
障害	じん臓・小腸・免疫・心臓・肝臓		障害程度 級
現症			
医療の 具体的方針	入院	入院予定 (年 月 日から 年 月 日まで)	
	通院		
医療の 概算月額	円		加入している 健康保険の種類

区 市 町 村 長 殿

上記のとおり自立支援医療（更生医療）は必要・不必要と認められる。

年 月 日

- ・ 指定自立支援医療機関の名称及び所在地
- ・ 医療の種類（診療担当科名）
- ・ 主として担当する医師名（法第 59 条指定医師）