自立支援医療（更生医療）意見書	
本人の氏名	
本人の住所	
病 名	(原因疾患名)
不自由の状況	(現症歴及び障害状況)
治療後における障害の快復状況の見込み	
治 療 見込期間	入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 通算 日間
治療開始 予定年月日	
医 療 費 概 算 額	入院治療費 円 通院治療費 円 計 円 薬局（院外処方分のみ記載） 円 看護料 円
移送費見込額	円
医療費及び 移送費合計額	円
上記のとおり診断し、別紙明細書のとおりその医療費及び移送費を概算します。	
指定医療機関名	
担 当 医 師 名	

注 1. 医療費等の概算額は、医療費及び移送費概算額算出明細書（様式第 29 の 2）により算出すること。

注 2. この意見書は指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定第 6 条に基づき無償となります。