

身体障害者手帳取得前、および自立支援医療申請前の医療については自立支援医療の対象となりません。必ず、検査・治療（手術・訓練等）を開始する前に、自立支援医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。なお、心臓機能障害等の緊急例以外については自立支援医療の適用が適当と判定が出た後の医療が対象となります。また、自立支援医療費の支給の範囲は、自立支援医療受給者証に記載されている医療に限られます。心臓機能障害については手術及びこれに伴う医療に限られ、いわゆる内科的治療のみのものは除かれます。

自立支援医療(更生医療)意見書(心臓機能障害)				
S・H・R 年 月 日生		判定 区分	新規・期間延長	
住 所				
障 害 名		級		
発 病 年 月 日 及 治 療 経 過		<p>判定に必要な事項 発症時期 症状等 ③受診、検査日 検査の種類 検査結果(狭窄部位、内容など) ペースメーカーなどの本体・電池交換などの場合は、病名と最初に植込み術を施行した日付を必ず明記。</p>		
現 症		<p>(具体的に記載して下さい。)</p> <p>手術内容がわかる術式や術名が記載されているか。 ・心臓の場合「開心術」のみでは不可！ 術式や術名が記載してあること。予防は不可。○ 術施行 予定は 術実施したは×</p>		
医 療 の 具 体 的 方 針		治 療 効 果 見 込	(術後の等級: 級)	
医療費概算	金 額 ( 当 初 の 1 か 月 ) 注: 1 か月未満時はその期間分	備考	期 間	
初診・再診	<p>術式・入院期間に応じた概算額となっているか。給付期間は入院90日までです。DPC請求の場合は備考欄にDPCと記入してください。 ・医療費が請求できるのは更生医療で行う心臓の治療代のみです。概算額・期間も更生医療の対象分のみ記載してください。</p>	手術予定日: 年 月 日		
手術料		入院予定期間		
投薬料		自 年 月 日		
注射料		至 年 月 日		
処置料		か月		
検査料		通院予定期間		
入院料		通院は心移植後の抗免疫療法のみ		
その他		か月		
合計				
食事療養費				
総合計				
そ の 他				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月</p> <p>指定医療機関所在地 指定医療機関名 主として担当する医師名</p> <p>指定医療機関・診療科・主たる医師名が必要です。 押印は不要です。</p>				

医療機関へお願い

身体障害者手帳取得前、および自立支援医療申請前の医療については自立支援医療の対象となりません。必ず、検査・治療（手術・訓練等）を開始する前に、自立支援医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。なお、心臓機能障害等の緊急例以外については自立支援医療の適用が適当と判定が出た後の医療が対象となります。また、自立支援医療費の支給の範囲は、自立支援医療受給者証に記載されている医療に限られます。心臓機能障害については手術及びこれに伴う医療に限られ、いわゆる内科的治療のみのものは除かれます。

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障害)				
	S・H・R 年 月 日生	判定 区分	新規・期間延長	
住 所				
障 害 名		手帳 等級	種	級
発 病 年 月 日 及 治 療 経 過	判定に必要な事項 発症時期 症状等 ③受診、検査日 検査の種類			
現 症	(具体的に記載して下さい。) 入院が含まれる場合、入院理由を明記。HIVに関する治療の場合、入院費が更生医療の対象。治療開始予定は治療を開始したは×。			
医 療 の 具 体 的 方 針		治 療 効果 見 込	(術後の等級: 級)	
医療費概算	金 額 ( 当 初 の 1 か 月 ) 注: 1 か月未満時はその期間分	備考	期 間	
初診・再診料	入院期間に応じた概算額となっているか。給付期間は入院90日までです。  ・医療費が請求できるのは更生医療で行う抗免疫療法の治療代のみです。概算額・期間も更生医療の対象分のみ記載してください。		手術予定日: 年 月 日	
手 術 料			入院予定期間	
投 薬 料			自 年 月 日	
注 射 料			至 年 月 日	
処 置 料			か月	
検 査 料			通院予定期間	
入 院 料			自 年 月 日	
そ の 他			至 年 月 日	
合 計			か月	
食事療養費				
総 合 計				
そ の 他				
上記のとおり診断する。 年 月 指定医療機関所在地 指定医療機関名 主として担当する医師名				

指定医療機関・診療科・主たる医師名が必要です。  
押印は不要です。

長 崎 県