|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 生年月日 | 年月日生（歳） |
| 居住地 |  | 医療保険の種類 |  |
| 給付希望する医療内容 |  |
| 当該医療の対象疾病 |  |
| 治療効果（見込み） | （どういった点においてどのように改善・維持が見込まれるか詳記すること） |
| 治療経過 | 入院日　　　　　　年　　月　　日入院目的（　手術　・　検査　・　その他の治療［　　　　　　　　　　　　］）経過の詳細（いつ、どのような経過があったのかを明記すること）※手術を行う場合下記も記載手術準備開始日　　　　　　年　　月　　日手術予定日　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 給付希望期間 | （入院）　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　計　　日間（通院）年月日　～　年月日　計日間総計日間 |
| 医療費概算内訳等 | 区分 | 概算額（点数） | 区分 | 概算額（点数） | ※じん臓機能障害に関して、原疾患・合併症に対する治療は、原則給付対象外です。 |
| 入院料 | 点 | 処置料 | 　点 |
| 手術料 | 点 | 看護料 | 点 |
| 薬治料 | 点 | 移送費 | 点 |
| 注射料 | 点 | 画像診断料 | 点 |
| ギプス料 | 点 | 指導管理料 | 点 |
| 検査料 | 点 | その他 | 点 |
| 合計 | 点 |
| 上記のとおり、自立支援医療（更生医療）の給付が必要であると認めます。年月日指定医療機関所在地　　　指定医療機関名　　　　　診療科名　　　　　　　　自立支援医療（更生医療）主担当医師名（自署）　　　　　 主治医名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

高知県立療育福祉センター