|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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