

(更様式 1)

記載方法

自立支援医療（更生医療）内容意見書（肢体・その他）

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（

術前等級・現等級

認定されている障がい部位と手術部位に整合性がない場合更生医療は認められないので要注意のこと。

*「右下肢機能障害」では「左膝関節置換術」は受けられないなど。

○で囲む。
内容変更の場合は、何の内容変更か記入する。

年

電話：

最も可能性の高い原傷病名を記入する。

障害名： 機能障害 級（有・申請中）

原傷病名：

現病歴および治療経過・現病

・症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容や機能障害の状況。手術が必要になった経過など。
・関節の可動域、筋力、変形・拘縮、疼痛、ADL 面などについて記入する。

具体的な術名、治療部位や、特記すべき事項など記入する。

治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。
（例）右膝関節痛が軽減され、歩行能力が改善できる。
免疫機能の回復適応あり。日常生活の維持など。

医療の
具体的方針

医療効果見込

術後等級見込 級

手術予定日

年 月 日

医療予定期間

入院： 年 月 日
通院： 年 月 日

給付期間は、入院・通院合わせて、
肢体の場合は原則 3 ヶ月まで、免疫の場合は 1 年まで。

検査結果

検査日 年 月 日

申請直近、手術の場合は手術を決定した時点の検査結果を記入する。

医療費概算額

区分	金額（円）	備考
手術		
投薬・注射		
処置		
検査		
合計	円	

・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならないので、概算額には含めないこと。
・入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は概算額に記入しないこと。

年 月 日

指定自立支援医療機関
の名称・所在地
主として担当する医師

障害者総合支援法第 59 条第 1 項の規定による医療機関、主として担当する医師は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師が作成者であること。

* 下欄は障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が記

（手帳診断書作成が可能な医師とは違うので要注意）

審査欄

上記自立支援医療（更生医療）は、（ 適 当 ・ 不 適 当 ）と判定します。

年 月 日

福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査医師

印