

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（肝臓機能障害用）								
氏名					男・女	年 齢	歳	
手 術 名								
診療見込期間		入院	自 月 日 至 月 日		入院外	自 月 日 至 月 日		
内 訳		第 1 月	第 2 月	第 3 月	第 4 月	第 5 月	第 6 月	合 計
		月分	月分	月分	月分	月分	月分	
手術料								
	輸血・麻酔							
	薬剤・材料等							
検査	X－P・CT等							
	血液検査等							
薬の処方	院外処方：有・無							
	薬品名（ ）							
注射	注射名（ ）							
	基 本 料							
	入 院 料							
	そ の 他							
計								円

上記のとおり診断しました。

*円単位で記入

年 月 日

指定自立支援医療機関（更生医療）所在地
名 称

指定自立支援医療機関（更生医療）指定医師氏名

自立支援医療（更生医療）を適当と認定します。

印

年 月 日
身体障害者更生相談所 医師

印