自立支援医療（更生医療）再認定確認書

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生 年 月 日</td><td>年　月　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>障害の種類
※該当項目にチェック</td><td colspan="4">☐ 肢体不自由　☐ 視覚障害　☐ 聴覚、平衡機能障害
☐ 音声、言語、そしゃく機能障害
☐ 内臓機能障害（心臓・腎臓・小腸・肝臓）
☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害</td></tr>
<tr><td>医療の具体的方針
※該当項目にチェック</td><td colspan="4">☐ 人工透析療法　☐ 矯正歯科治療
☐ 移植後の抗免疫療法　☐ その他
（ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ）
☐ 抗HIV療法</td></tr>
<tr><td>治療見込期間</td><td colspan="2">入　院　　ケ月間</td><td colspan="2">通　院　　ケ月間</td></tr>
<tr><td rowspan="4">医療費概算額</td><td>入　院</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>通　院</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>合計概算額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり診断し、医療費を概算します。
令和　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関名
主として担当する医師名</td></tr>
</table>

・この用紙は、継続申請の場合のみご使用ください。
・継続申請は、前回の有効期限が切れる前におこなって下さい。