

様式2

自立支援医療(育成医療)意見書						
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日			年 月 日	
障害の種類 (該当するものに○をつけ、 不自由の状況を記載)	(1)肢体不自由      (2)視覚障害      (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害      (5)心臓機能障害      (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害      (8)肝臓機能障害      (9)その他内臓障害      (10)免疫機能障害					
	不自由の状況					
医 療 の 具体的方針	治療内容					
治 療	治療見込 期 間	治 療 予 定 期 日      年      月      日から      年      月      日まで 入 院 治 療 期 間      回      日間 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間      回      日間 訪問看護予定回数並びに期間      回      日間 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">             } 通算      日間           </div>				
	医療費 概算額	入 院 治 療 費      円 通 院 治 療 費      円 訪 問 看 護 等      円 } 計      円				
移送費見込額	円					
医療費及び移送 費合計額	円					
治療後における障 害の回復状況の 見込						
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。  <div style="text-align: right;">年      月      日</div>  指定自立支援医療機関名 医療機関コード 所在地      〒 電話番号 担当医師名      科						