

(様式第2号)

自立支援医療（育成医療）意見書									
フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	年 月 日生		
受診者氏名									
受診者住所		〒							
病 名				発症年月日	□先天性 □後天性				
					年 月 日				
障害の種類 (該当するものに ○をつける)		(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		(手術予定日 年 月 日)							
治	療 見 込 期 間	入 院 治 療 期 間 (日間) 年 月 日 ~ 年 月 日							
		通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 回 (日間) 年 月 日 ~ 年 月 日							
		訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間 回 (日間) 年 月 日 ~ 年 月 日							
療	医 療 費 概 算 額	入 院 治 療 費 円							
		通 院 治 療 費 円							
		訪 問 看 護 等 円							
		補装具費用（装着予定 有・無） 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快復状況の見込									
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。									
年 月 日									
指定自立支援医療機関名									
電 話 番 号									
担当医師名 印									