

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					年齢	歳	生年 月日	年 月 日	
受診者住所									
病 名					発症年月日		平成 令和	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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害							
医療の具体的方針									
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間		日間	} 通算	日間			
		通院治療回数並びに期間		回		日間	日間		
		訪問看護予定回数並びに期間		回		日間	日間		
	医療費概算額	入院開始予定(決定)日		年	月	日	から		
通院開始予定(決定)日		年	月	日	から				
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。									
年 月 日									
指定自立支援医療機関名									
電話番号									
担当医師名									