

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	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・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) その他の内臓障害 (9) 免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害			
医療の具体的方針				
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間	日間 回 日間 回 日間 回	} 通算 日間
	治療予定	入 院 又 は 治 療 開 始 予 定 手 術 予 定 通 院 又 は 治 療 終 了 予 定	年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 等	円 円 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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名				