

様式2

自立支援医療（育成医療）意見書									
フリガナ			年齢	歳	平成 令和	年	月	日	
受診者氏名									
受診者住所									
病名			発症年月日		平成 令和	年	月	日	
障害の種類 <small>（該当するものに ○をつける）</small>	(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		日間	}	通算			
		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		
	治療予定	入院又は治療開始予定				年	月	日	
		手術予定				年	月	日	
		通院又は治療終了予定				年	月	日	
	医療費概算額	入院治療費		円	}	計			
		通院治療費		円					
		訪問看護等		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; margin-right: 100px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div>									