

様式第2号

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 <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) その他内臓障害 (8) 免疫機能障害 (9) 小腸機能障害 (10) 肝臓機能障害					
医療の具体的方針						
治療見込期間	手術予定日	年 月 日				
	入院治療期間	年 月 日から 年 月 日まで				通算 回 日間
	通院治療回数 並びに期間	年 月 日から 年 月 日まで				
	訪問看護予定回数 並びに期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療費概算額	入院治療費	円	}	計	円	
	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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印						