

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		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	平成・令和 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)肝臓機能障害 (9)その他内臓障害 (10)免疫機能障害				
医療の具体的方針	育成医療治療開始日（入院日等）令和 年 月 日				
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		
		訪問看護予定回数並びに期間	回 日間		
	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。					
令和 年 月 日					
指定自立支援医療機関名					
所在地					
電話番号					
担当医師名					