様式第２号（第６条、第１１条、第１５条関係）

|  |
| --- |
| 自立支援医療（育成医療）意見書 |
| フリガナ |  | 年齢 | 歳 | 　　年　月　日 |
| 受診者氏名 |  |
| 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○をつけて下さい。) | ⑴　肢体不自由　　　⑵　視覚障害　　⑶　聴覚・平衡機能障害⑷　音声・言語・そしゃく機能障害　　⑸　心臓機能障害　⑹　腎臓機能障害　　⑺　小腸機能障害　⑻　肝臓機能障害　⑼　その他内臓障害　　⑽　免疫機能障害 |
| 医療の具体的方針（障害(疾病)の状況を詳しく記入してください） | 現病歴及び現症：その他（合併症の有無）：治療内容：その他： |
| 治療 | 治療見込期間 | 治療見込期間　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日入院治療期間　　　　　　　日間通院治療回数並びに期間　　　　　　　日間　　　　　通算　　　　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　　　　　　円通院治療費　　　　　　円　　　　計　　　　　　　円訪問看護等　　　　　　円 |
| 治療用装具 | 種目及び型式 |  | 費用 | 円 |
| 必要とする理由 |  |
| 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（詳しくご記入下さい。） | 　 |
| 　上記のとおり診断し、その医療費、治療用装具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　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会計確認欄 | 担当者所属 |  | 担当者 |  |
| 確認年月日 | 年　　月　　日　 | 電話番号 |  |