

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。)	(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 (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	通算 日間
	入院治療期間	入院治療期間	日間	} 通算 日間
通院治療回数並びに期間	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	訪問看護予定回数並びに期間	回 日間		} 通算 日間
療	医療費概算額	入院治療費	円	
		通院治療費	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	