

様式第2号（第3条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書							
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
受診者氏名						年 月 日	
受診者住所	〒						
病 名		発症年月日	年 月 日				
機能障害の状況	<p>現存する（又は現在の疾患を放置すると将来起こりえる）障害について、該当する番号に○印をつけてください。</p> <p>(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害</p> <p>(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</p> <p>(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</p>						
医療の具体的方針						治療用装具	要 ・ 不要
治 療	治療見込期間	年 月 日 ~		年 月 日		通算	日間
		入院治療期間	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							
<p>上記のとおり判断し、その医療費及び移送費を概算いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							