

様式第2号(第2条関係)

自立支援医療(育成医療・更生医療)意見書				
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年 月 日生
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				
治 療	治療見込期間	入院治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日 まで)	日間	} 通算 日間
		通院治療回数並びに期間 (年 月 日 ~ 年 月 日 まで)	回 日間	
		訪問看護予定回数並びに期間 (年 月 日 ~ 年 月 日 まで)	回 日間	
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	} 計 円
移送費見込額	円			
医療費及び移送費合計額	円			
上記治療見込期間内の 院外処方の有無	有 ・ 無 (該当する方に○をつける)			
治療後における 障害軽減の見込				
上記のとおり診断し、別紙明細書のとおりその医療費及び移送費を概算いたします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名				

印