

様式第 2 号

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	年齢	歳	平成 年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日	① 先天性			
			② 後天性 平成 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)その他内部障害 (10)免疫機能障害					
障害の状況	の状態であり、 身体障害者福祉法第4条別表の（－）と同程度の 1. 障害を有する 2. 障害を残す恐れがある					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 入院治療期間 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 } 通算 日間				
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円 } 計 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。 平成 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師 印						