第2号様式

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　日生	
受診者住所	〒　　－						
病　　名		先 天 性 ・ 後 天 性					
		発症年月日	平成　　年　　月　　日				
障 害 の 種 類 （該当するものに○を付けてください）	(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							
診療予定期間	平成　　年　　月　　日　から　平成　　年　　月　　日　まで						
治療 治療見込期間	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						
治療 医療費概算額	入院治療費　円 通院治療費　円 補装具・訪問看護費等　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み							

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。

土佐清水市長　　様

平成　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名　　印