

様式第3号(第5条関係)

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	年 月 日			
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	自	年	月	日	日間	} 通算	日間
		通院治療回数 並びに期間	至	年	月	日	日間		
		訪問看護予定回数 並びに期間	自	年	月	日	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									
							年	月	日
指定自立支援医療機関名									
電話番号									
担当医師名									