

第2号様式(第3条関係)

		県番号	点数表	医療機関コード
自立支援医療(育成医療)意見書				
フリガナ		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	
障害の種類 (該当するものを○で囲んでください。)	(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	(不自由の状況も併せて記入してください。)			
治 療	治療見 込期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		入院治療期間	日間	} 通算 日間
		通院治療回数及び期間	回 日間	
訪問看護予定回数及び期間	回 日間			
療	医療費概 算額(補 装具費を 除く。)	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。				
年 月 日				
指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師氏名				

備考1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 補装具については、補装具製作者の見積書を添付すること。

※医療機関の事務担当者の確認を必ず受けてください。