

様式第2号 自立支援医療（育成医療）意見書

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○をつけること。)	(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 (障害の状況及び程度)						
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間	日間
		通院治療回数並びに期間	回			
		訪問看護回数並びに期間	回			
	治療予定	入院又は治療開始予定	年 月 日			
		手術予定	年 月 日			
		退院又は治療終了予定	年 月 日			
医療費概算		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見込						
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 ㊞						
判定	自立支援医療（育成医療）給付の適否 適 ・ 否					
	土岐市自立支援医療（育成医療）審査判定医 年 月 日 医師 ㊞					