

様式第47号(第19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)	(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) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害					
医療の具体的方針						
治療	治療見込期間	入院治療期間	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		
	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						
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						
担当医師名						
印						