

様式第2号(第3条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書										
受 診 者	ふりがな				性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	氏名								年 月 日	
	住所									
病名					発症の時期		年 月 日頃		先天性 後天性	
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		年月日～		年月日		日間		} 通算 日間
		通院治療回数並びに期間		年月日～		年月日		回 日間		
		訪問看護予定回数並びに期間		年月日～		年月日		回 日間		
療	医療費 概算額	入院治療費		円		} 合計		円		
		通院治療費		円						
		訪問看護等		円						
	装具	有・無	装具名			概算払	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										
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名</p>										
										
										東松島市社会福祉事務所長 様