様式第２号（第５条の２関係）

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		年　齢	生　年　月　日
受診者氏名			
受診者住所			
病　　名		発症年月日	
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		
具体的な 障害の状況	の状態であり、 身体障害者福祉法第４条別表の（　　）と同程度の　1．障害を有する　2．障害を残す恐れがある ※裏面の別表を参照のうえ（ ）に番号を入れ、１又は２に○印をつけてください。		
医 療 の 具体的方針			
治療後における 障害の回復状況 の見込み			
治療 治療見込期 間※	入 院 治 療 期 間　日間		診療開始予定日
	通院治療回数並びに期間　回　日間		
	訪問看護予定回数並びに期間　回　日間		
治療 医療費概算額	入　院　治　療　費　円 通　院　治　療　費　円 訪　問　看　護　等　円		計　円
移送費見込額	円	医療費及び 移送費合計額	円

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

※　治療見込期間は原則３か月以内です。特に必要と認める場合に限り、１年以内の期間となります。
ただし、経過観察や検査のみの入院および通院は対象になりません。