

別記第23号様式の2（第12条第1項関係）

自立支援医療（育成医療）意見書				
受 診 者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日
	氏 名		歳	年 月 日
	フリガナ			
	住 所			
病 名			発 症 年 月 日	年 月 日
障 害 の 種 類		(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	日間	} 通算 日間
		通 院 治 療 回 数／期間	回 日間	
		訪問看護予定回数／期間	回 日間	
		入院（予定）月日	年 月 日	
	通院開始予定月日			
	通 院 の 場 合		1 か月	回
	医療費概算額	入 院 治 療 費	円	} 計
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				
滝川市福祉事務所長 様 年 月 日 上記のとおり診断し、医療費及び移送費を概算します。 指定自立支援医療機関名 電 話 番 号 担当医師名				