

様式第33号(第32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		年齢	歳	生 年 月 日
				年 月 日
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) 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 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	日間 回 日間 回 日間	通算 日間
	入院(予定)年月日	年 月 日	手術(予定)年月日	年 月 日
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	計 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				