

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		性別	男・女	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		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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 印 </div>						