様式第２号

自立支援医療（育成医療）意見書

（ 新規 ・ 再認定 ・ 変更 ）
※いずれかに○をお願いします。

大阪市

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日 平成 令和　年　月　日
受診者住所				
病名	（先天性 ・ 後天性） 	発症年月日		平成 令和　年　月　日
障がいの状況	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障がい (3) 聴覚・平衡機能障がい (4) 音声・言語・そしゃく機能障がい (5) 心臓機能障がい (6) 腎臓機能障がい (7) その他内臓障がい (8) 免疫機能障がい (9) 小腸機能障がい (10) 肝臓機能障がい	左記のうち、現存する（又は現在の疾患を放置すると将来に残る）障がいについて、該当する番号に○を記し、その障がいによる不自由の状況を以下に具体的に記載してください。		
医療の具体的方針	補装具（ 有 ・ 無 ）			
治療 治療見込期間	入院治療期間　（　日間） 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 通院治療回数並びに期間　（　回　日間） 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 訪問看護予定回数並びに期間　（　回　日間） 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	通算　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			
治療後における障がいの回復状況の見込				

上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。

令和　年　月　日
※ 今回の治療開始日より前の日を記載してください。

＜指定自立支援医療機関＞

医療機関コード

所在地

名称

電話番号

担当医師名