

第53号様式(第19条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書						
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日生
受診者氏名						
受診者住所						
病名	(先天性・後天性)	発症年月日	年 月 日			
障害の種類 (該当するものに○を付ける。)	(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) じん臓機能障害 (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 上記障害による不自由の状況を具体的に記入ください。					
医療の具体的方針	今回の治療開始予定年月日 年 月 日  医療用補装具(有・無)「1 肢体不自由のみ」 補装具名：					
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間	日間
		通院治療回数並びに期間	回			
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	
		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						
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。						
年 月 日						
指定自立支援医療機関名 電話番号 診療科 担当医師名						
(印)						