

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		年齢	歳	年 月 日生
受診者氏名				
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) 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 回	日間 日間 日間 } 通算 日間
	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します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div> ※担当医師名は、自署又は記名押印してください。				