

第5号様式（その1）(第4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○を付け、不自由の状況を記載）	(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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害						
	不自由の状況						
医療の具体的方針	治療内容						
治 療	治療見込期間	治療予定期日 年 月 日から 年 月 日まで					
	医療費概算額	入院治療期間	日間	} 通算	日間		
	通院治療回数及び期間	回	日間		日間		
	訪問看護予定回数及び期間	回	日間		日間		
		入院治療費	円	} 計	円		
		通院治療費	円		円		
		訪問看護等	円		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み							
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					
		所在地					
		電話番号					
新潟県知事 様		担当医師名				科	印