

別紙様式第7号

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年 月 日
受診者住所	〒 — 電話 — — 北九州市			
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				
治療後における障害の回復状況の見込				
治療	治療見込期間	入院治療期間	年 月 日～	年 月 日
		通院治療回数並びに期間	年 月 日～	年 月 日 回
		訪問看護予定回数並びに期間	年 月 日～	年 月 日 回
			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
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		
	名称			
	担当医師名	科		印

※ 概算額には食事療養の費用は含まれません。

※ 移送費は、本人が歩行困難等により必要と認められる場合、必要最低限の費用を記載してください。（家族による移送を含まない。）

※ 承認の始期は原則として区役所での受付日からとなります。