

| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定 注1 | |
|--|---|--|------------------------|
| フリガナ 受診者氏名 | | 年齢 | 歳 |
| | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 受診者住所 | 高知市 | | |
| 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○を付けてください） | (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) その他の内臓障害 (10) 免疫機能障害 | | |
| 不自由の状況及び治療の具体的方針 注2 | | | |
| 診療予定期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 入院治療期間 通院治療回数及び期間 訪問看護予定回数及び期間 | 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 補装具・訪問看護費等 | 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。 高知市長様 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定医療機関名 電話番号 担当医師名 | | | |

注1 新規又は再認定にを付けてください。

注2 再認定の場合は，再認定が必要な理由も記載してください。