

福岡市自立支援医療（育成医療）意見書										
公費負担番号		1 6 4 0 6 0 3 5		自立支援医療費受給者番号						
受診者	フリガナ				年齢	歳	年 月 日生			
	氏 名									
	フリガナ									
	住 所									
フリガナ						続 柄				
保護者氏名										
フリガナ										
保護者住所		(受診者の住所と異なる場合のみ記入)								
受診者の加入医療保険の記号及び番号				保険者等の名称		社保 国保 生保				
指定医療機関の 治療意見	病 名				発症年月日		(先天性) (後天性) 年 月 日			
	機能障害の状況		(別添の【身体障害の範囲】から該当する記号を記載し、以下の1又は2に○をつけてください。) 身体障害者福祉法 第4条別表 () の () に掲げる程度の 1 障害を有する 2 障害を残す恐れが有る (現存する疾患を放置した場合) 別表五に該当する場合は、障害の状況をご記入ください。 []							
	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									
	治療見込期間		入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 通院治療回数並びに期間 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 } 通算 日間							
	医療費概算額		入 院 治 療 費 円 } 通 院 治 療 費 円 } 計 円							
指定医療機関名				左の機関の所在地						
上記のとおり診断し、その医療費を概算いたします。 年 月 日 担当医師名										

注：確実な治療効果が期待できるものであること。
医療機関の会計担当者の確認を必ず受けてください。
肢体不自由の場合で治療用装具が自立支援医療（育成）で必要な場合は装具の名称を治療の回復状況欄に記入してください。

医療機関会計 担当者	
T E L (内 線)	