

# 障害者自立支援医療特別対策費支給事業認定意見書

フリガナ 受診者氏名		明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (	歳 )
受診者住所	京都府					
障害の種類 <small>(該当するものに「○」をつけてください)</small>	(1) 呼吸器の機能障害 (2) ぼうこう又は直腸の機能障害					
医療の具体的 方針及び内容 <small>(該当するものに「○」をつけてください)</small>	(1) 在宅酸素療法 (2) ぼうこう又は直腸の障害となった原因疾患の治療 (3) ストマ周辺の感染防止等の治療					
備考						
上記医療に係る 医療機関名						
医療期間	入院	月間	日間	通院	月間	日間
医療開始 (予定)日	令和	年	月	日	医療費概算額	円

上記のとおり診断し、その医療費を概算いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地・電話番号

担当医師名

印