

自立支援医療（育成医療）の		継続 変更	意見書										
フリガナ 受診者名前													
受診者住所	〒												
自立支援医療費 受給者番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
変更内容	事項	変更前	変更後										
	病名												
	医療の内容及び変更 を要する理由												
	治療見込期間	入院 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 通院 自平成 年 月 日 回 至平成 年 月 日 日間 訪問看護 自平成 年 月 日 回 至平成 年 月 日 日間	入院 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 通院 自平成 年 月 日 回 至平成 年 月 日 日間 訪問看護 自平成 年 月 日 回 至平成 年 月 日 日間										
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円										
平成 年 月 日													
指定自立支援医療機関名													
電話番号													
担当医師名			印										