

様式第7号

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														
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	年	月	日	日間	入院	自	年	月	日	日間	
		通院	自	年	月	日	回	日間	通院	自	年	月	日	回
			至	年	月	日	日間			至	年	月	日	日間
医療費概算額	訪問 看護	自	年	月	日	回	日間	訪問 看護	自	年	月	日	回	
		至	年	月	日	日間			至	年	月	日	日間	
		入院治療費	円	}計	入院治療費	円			}計					
通院治療費	円	通院治療費	円											
訪問看護等	円	訪問看護等	円											
年 月 日														
指定自立支援医療機関名														
電話番号														
担当医師名														