

様式第7号

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