

別紙3

自立支援医療費（育成医療）変更意見書													
フリガナ 受診者氏名													
受診者住所	〒												
自立支援医療費 受給者証番号													
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
			至	年	月	日			至	年	月	日	
通院		自	年	月	日	回	通院	自	年	月	日	回	
		至	年	月	日	日間		至	年	月	日	日間	
	訪問看護	自	年	月	日	回	訪問看護	自	年	月	日	回	
		至	年	月	日	日間		至	年	月	日	日間	
医療費概算額	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 担当医師氏名													