

様式第4号(第7条関係)

児童等特定疾病医療意見書					
本人	氏名		男女	生年月日	年 月 日
	住所				
病名					
症状					
治療	診療開始日 入院予定年月日	年 月 日から	年 月 日		
	治療見込期間	入院治療期間 通院治療期間	日間 日間		
	総医療費概算額	入院治療費 通院治療費	円 円		
上記のとおり診断し、医療費を概算します。					
年 月 日					
医療機関の名称					
担当医師名					
印					