

## 医師の意見書

箕輪町役場子ども未来課提出用

1. 氏 名				
2. 生年月日		年	月	日
3. 初診日		年	月	日
4. 傷病名				
5. 現在の状況（該当項目にチェックをお願いいたします。）				
<input type="checkbox"/> 心身の傷病もしくは障がいにより常時介護・看護・付き添いが必要と認められる				
<input type="checkbox"/> 常時安静を要し、介護・看護・付き添いが必要と認められる				
<input type="checkbox"/> 上記以外で介護・看護(及び付添)が必要と認められる				
<input type="checkbox"/> 上記以外で、付き添いが必要と認められる				
記載日	令和	年	月	日
医療機関名				
医師名				印

※この書類に関する費用等の負担は請求者(患者) になります。

※意見書の有効期間は記載日から6か月間です。