

児童養護施設退所者等自立支援資金
診 断 書 (医療費加算用)

沖縄県社会福祉協議会会長 殿

受 療 者	氏 名		傷 病 名	
	住 所	(歳)		
症 状				
診 療 見 込 期 間	通院 月 日 ~ 月 日			

通院に係る 医療費の概算額		月 円 × ヶ月 = 円
(内 訳)	保険給付額	円
	本人負担額	円

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関名

電話番号(- -)

担当医師名

印

※注意 診療見込期間及び医療費の本人負担額は、資金貸付の際の査定上絶対に必要なので必ずご記入ください。
医療費加算については最大24ヶ月を貸付期間とします。

問合先：沖縄県社会福祉協議会 民生部

電話 098(887)2000