

自立支援医療（育成医療）意見書									
フリガナ 受診者氏名				年齢		歳		年 月 日生	
受診者住所									
病 名				発症年月日		年 月 日			
障害の種類 (該当するものに ○をつける)		(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・しゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害							
医療の具体的方針									
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間 日間 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 回 日間 訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間 回 日間 } 通算 日間							
		入 院 （ 予 定 ） 月 日 令和 年 月 日							
		通 院 開 始 予 定 月 日 令和 年 月 日							
		通 院 の 場 合 1 か月 回							
	医療費概算額	入 院 治 療 費 円 通 院 治 療 費 円 } 計 円 訪 問 看 護 等 円							
移送費見込額		円							
医療費及び移送費 合計額		円							
治療後における 障害の回復状況 の見込									
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印									