

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成 令和
受診者氏名						年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日		令和		年 月 日
障害の種類 (該当するものにつける)	(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・そしゃく機能障害      (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						
				治療用装具	要 ・ 不要	
治 療	治療見込期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
		入院治療期間	日間	}	通算	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			
	医療費概算額	入院治療費	円	}	計	円
		通院治療費	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						