

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
受診者住所				
病 名		発症年月日	① 先天性 ② 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・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) その他内臓障害 (8) 免疫機能障害 (9) 小腸機能障害 (10) 肝臓機能障害			
医療の具体的方針				
治 療	治療見込期間	<入 院 治 療 期 間> 年 月 日から 年 月 日まで 日間 <通院治療回数並びに期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 <訪問看護予定回数並びに期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 } 年 月 日から 日間 通算		
	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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印				