

自立支援医療（育成医療）意見書							
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成 年 月 日	
受診者住所							
病 名				発症年月日	平成 年 月 日		
障害の種類 <small>（該当するものに○をつける）</small>	(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) その他の内臓障害 (9) 免疫機能障害 (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	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
治療予定	入院又は治療開始予定	平成	年	月	日		
	手術予定	平成	年	月	日		
	通院又は治療終了予定	平成	年	月	日		
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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印							