

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	平成 令和	年	月 日
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・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		年 月 日から			年 月 日まで				
	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	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									