

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 年 月 日生	
受診者住所							
病 名		発症年月日	平成 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) 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
	入院（予定）月日	平成	年	月	日		
通院開始予定月日	平成	年	月	日			
通院の場合	1か月			回			
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。							
平成 年 月 日							
指定自立支援医療機関名							
電話番号							
担当医師名							
印							