

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	才	平成 令和 年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日		平成 令和 年 月 日		
障害の種類 (該当するものに○をつけ、 不自由の状況を記載)	(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					
	不自由の状況					
医 療 の 具体的方針	治療内容					
治 療	治療見込 期 間	治療予定期日 年 月 日から 年 月 日まで				
		入院治療期間	回	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						
医療機関コード						
所在地 千						
電話番号						
担当医師名 科 印						