

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ 受診者氏名		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				