

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	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、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	日間		
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 医療機関コード 所在地 〒 電話番号 担当医師名 科 印						