

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受診者氏名						
受診者住所						
病名		発病年月日	年 月 日			
障害の種類 （該当するものに○を付けてください。）	(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 （障害の状況及び程度、また、手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。）						
治療	治療見込期間	入院治療期間 （ 年 月 日から 年 月 日まで）	日間	} 通算	日間	
		通院治療回数及び期間 （ 年 月 日から 年 月 日まで）	回 日間			
		訪問看護予定回数及び期間 （ 年 月 日から 年 月 日まで）	回 日間			
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	} 計	円	
移送費見込額	円					
医療費及び移送合計額	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> <div style="text-align: center;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div> <div style="text-align: right;">⑩</div>						