

| 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 令和 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 | 年 月 日～ | 年 月 日 | 日間 | |
| | | 通院治療回数並びに期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 | 回 | 日間 |
| | | 訪問看護予定回数並びに期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 | 回 | 日間 |
| | | | | | 通算 | 日間 |
| | 医療費概案額 | 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 電話番号 担当医師名 | | | | | | |