

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
療費	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 印						