

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	年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日		先天性 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 (6)腎臓機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (9)小腸機能障害 (7)その他内臓障害 (8)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 日から 平成 年 月 日まで 日間 <通院治療回数並びに期間> 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 回 <訪問看護予定回数並びに期間> 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 回 年 月 日から 通算 日間				
	医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 等 円 } 計 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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印						