

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		
	訪問看護予定回数並びに期間		回	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; margin-right: 100px;">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						