

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	平成 令和 年 月 日	
障害の種類 <small>（該当するものに ○をつける）</small>	(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	（補装具の有無 有 ・ 無）					
治 療	治療見込期間	入院治療期間                      令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間） 通院治療回数並びに期間                      令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 回 日間） 訪問看護回数並びに期間                      令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 回 日間） 手術予定年月日                      令和 年 月 日				
	医療費概算額	入 院 治 療 費                      円 通 院 治 療 費                      円 } 計                      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 所在地 名称 電話番号 担当医師名                      印						