

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ				
受診者氏名		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				治療用装具
				要 ・ 不要
治療	治療見込期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
	医療費概算額	入院治療期間 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	} 通算	日間
		入院治療費 円 通院治療費 円 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。 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				