

自立支援医療（育成医療）意見書										
フリガナ					年齢	歳	昭和 平成 令和	年	月	日
受診者氏名										
受診者住所										
病 名					発症年月日		平成 令和		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								
上記障害により日常生活で支障がある点を具体的に記入ください。										
医療の具体的方針										
		(手術予定年月日： 年 月 日)								
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間： 年 月 日から 日間								
		通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間： 年 月 日から 回 日間								
		訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間： 年 月 日から 回 日間								
療	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。 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										