

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	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 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (7)小腸機能障害		(2)視覚障害 (5)心臓機能障害 (9)その他内臓障害		(3)聴覚・平衡機能障害 (6)腎臓機能障害 (10)免疫機能障害	
不自由の状況						
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	入院治療期間 年 月 日～ 年 月 日 日間				
		通院治療回数及び期間 年 月 日～ 年 月 日 回/月 日間				
		訪問看護予定回数及び期間 年 月 日～ 年 月 日 回/月 日間				
		通算 日間				
	治療開始予定日	年 月 日				
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				
	治療材料費 (品名)	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 住 所 電話番号 担当医師名 印						