

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		(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	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				
療	医療費概算額	入院治療費			円	
		通院治療費			円	
		訪問介護等			円	計 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						
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 印</p>						