

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	男・女	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	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					
		入院治療期間	日間	}	通算	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				
	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。							
年 月 日							
指定自立支援医療機関名							
電話番号							
担当医師名							
※医師本人による自署又は記名押印をお願いします。							