

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	昭和 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 （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								
医療の具体的方針										
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間			回 回	日間 日間 日間	} 通算	日間		
	医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 等			円 円 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 印										