

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	年 月 日
受診者住所				
病 名		発症年月日	① 先天性 ②	年 月 日
障がいの種類 <small>（該当するものに ○をつける）</small>	(1)肢体不自由 (2)視覚障がい (3)聴覚・平衡機能障がい (4)音声・言語・そしゃく機能障がい (5)心臓機能障がい (6)腎臓機能障がい (7)その他内臓障がい (8)免疫機能障がい (9)小腸機能障がい (10)肝臓機能障がい			
医療の具体的方針				
治 療	治療見込期間	<入院治療期間> 年 月 日から 年 月 日まで 日間 <通院治療回数及び期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 <訪問看護予定回数及び期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間		
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印				