

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		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)その他の内臓障害(9)免疫機能障害                      (10)肝臓機能障害			
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
	治療予定	入院又は治療開始予定 手術予定 通院又は治療終了予定		年 月 日 年 月 日 年 月 日
	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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名				