

自立支援医療(育成医療)意見書						
フリガナ 受診者氏名		年 齡	歳	年	月 日	
受診者住所						
病 名		発症年月日		年	月 日	
障がいの種類 (該当するものに ○をつける)	(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	手術予定日	年 月 日			通算 回 日間
		入院治療期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
		通院治療回数 並びに期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
		訪問看護予定回数 並びに期間	年 月 日から	年 月 日まで	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	
治療後における障が いの回復状況の見込						
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;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名						