

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 <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	治療見込期間	入院治療期間	令和	年	月	日から	日間	}	通算
		通院治療回数並びに期間	令和	年	月	日から	回		日間
		訪問看護予定回数並びに期間	令和	年	月	日から	回		日間
療費	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。 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									