

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日		年 月 日		
下記の障害を（有している）・（障害を残す恐れがある）。 ※いずれかに○をつける。						
障 害 の 種 類 裏面の別表4を参照し、該当するものに○をつけ、（一）のあるものには、該当する項番号を記入する。	(1) 肢体不自由（一） (2) 視覚障害（一） (3) 聴覚・平衡機能障害（一） (4) 音声・言語・そしゃく機能障害（一） (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						
治療後における障害の回復状況の見込						
治 療	手術予定日	年 月 日				
	入院治療期間	（ 年 月 日～ 年 月 日） 日間				
	通院治療回数並びに期間	（ 年 月 日～ 年 月 日） 回 日間				
	訪問看護予定回数並びに期間	（ 年 月 日～ 年 月 日） 回 日間				
	医療費概算額	通算 日間				
	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				
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						