

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	昭和 平成 令和	年	月	日	
受診者住所											
病名					発症年月日		年			月	日
障害の種類 （該当するものに ○をつける）		(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 年 月 日～ 年 月 日 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 } 通算 日間									
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 } 計 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			高額療養費 の多数該当		該当 ・ 非該当				
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											