

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 (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	(治療見込み期間 年 月 日 ~ 年 月 日)			
治療	治療見込期間	入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 訪問看護予定回数並びに期間 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 訪問看護等 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。				
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				