

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	平成 年 月 日 令和			
受診者住所									
病 名				発症年月日		平成・令和 年 月 日 先天性・後天性			
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							
不自由の状況 (具体的に)									
医療の具体的方針		(補装具 有・無) (肢体不自由の場合：理学療法 有・無)							
治 療	治療見込期間	入院治療期間 (日間) 令和 年 月 日～令和 年 月 日 通院治療回数並びに期間 (月 回程度) 令和 年 月 日～令和 年 月 日 訪問看護予定回数並びに期間 (月 回程度) 令和 年 月 日～令和 年 月 日 手術予定年月日 令和 年 月 日				} 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 印									