

自立支援医療（育成医療）意見書						
ふりがな		性別		年齢	歳	生年月日
受診者氏名		男・女				年
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	年 月 日 ～ 年 月 日 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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名 印						