

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 令和 年 月 日
受診者住所				
病 名		発症年月日	平成 令和 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 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	日間 日間 日間	通算 日間
	医療費概算額	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
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				
※医師本人による自署又は記名押印をお願いします。				