

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 <small>（該当するものに ○をつける）</small>	(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 印				