

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ				生 年 月 日	
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	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) その他内臓障害      (9) 免疫機能障害				
医療の具体的方針					
	治療開始年月日	年 月 日	治療終了年月日 (見込)	年 月 日	
治 療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間
	医療費概算額	通院治療回数並びに期間	回		
		訪問看護予定回数並びに期間	回		
	入院治療費	円	} 計	円	
	通院治療費	円			
	訪問看護等	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