

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	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 (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	診療予定期間      年 月 日 から      年 月 日まで				
		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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">             指定自立支援医療機関名              電話番号              担当医師名           </div>						