

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	昭和 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 回 日間 回 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	
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。 <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 <span style="float: right;">印</span></p>				