

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		① 先天性 ②	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) その他内臓障害      (8) 免疫機能障害      (9) 小腸機能障害      (10) 肝臓機能障害					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	<入院治療期間> 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 <通院治療回数並びに期間> 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 回 <訪問看護予定回数並びに期間> 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 回				} 年 月 日から 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。 <p style="text-align: right;">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</p> <p style="text-align: right;">印</p>						