

自立支援医療（育成医療）意見書

ふりがな 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 (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 年 月 日～ 年 月 日 (日間) 通院治療回数並びに期間 年 月 日から 回 (日間) 訪問看護予定回数並びに期間 年 月 日から 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。 <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>				