

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	生年月日 年 月 日
受診者住所				
病名		発症年月日	年 月 日	
障がいの種類 (該当するものに○をつける)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障がい (3) 聴覚・平衡機能障がい (4) 音声・言語・そしゃく機能障がい (5) 心臓機能障がい (6) 腎臓機能障がい (7) 小腸機能障がい (8) 肝機能障がい (9) その他内臓障がい (10) 免疫機能障がい			
医療の具体的方針				
	治療期間 年 月 日～ 年 月 日			
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 回	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	計 円
移送費見込額				円
医療費及び移送費合計額				円
治療後における障がいの回復状況の見込				

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。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名
(自署)