

自立支援医療（育成医療）意見書

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受信者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受信者住所	い					
病 名				発症年月日	年 月 日	
障害の種類 (該当するものに ○をつけるこ と。)	(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 (障害の状況及び程度)	(治療見込期間 年 月 日～ 年 月 日)					
治 療	治療見込 期 間	入院治療期間		日間	} 通算	日間
		通院治療回数並びに期間		回 日間		
		訪問看護回数並びに期間		回 日間		
	医療費 概算額	入院治療費		円	} 計	円
		通院治療費		円		
		訪問看護等		円		
移送費見込額						
医療費及び移送費 合 計 額						
治療後における障 害の回復状況見込						
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。						
年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名						
						④

注 記名押印に代えて署名することができる。