

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	年 齡	生 年 月 日
受診者氏名		男 ・ 女	歳	年 月 日生
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) じん臓機能障害 (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	手術予定日	年 月 日		
	入院治療期間	年 月 日～	年 月 日	通算 日間
	通院治療回数 及び期間	年 月 日～	年 月 日	回 日間
	訪問看護予定回数 及び期間	年 月 日～	年 月 日	回 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
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 の見込み				
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				
㊞				