

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	年 月 日
受診者住所				
病 名		発症年月日		年 月 日
障害の種類 <small>（該当するものに○をつける）</small>	(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				
	(入院年月日 年 月 日)			
	自立支援医療 （育成医療）の 始期	年 月 日から	手術予定年月日	年 月 日
治	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	
		訪問看護予定回数並びに期間	回 日間	
療	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	
	補装具名	補装具装着予定（ 年 月）	補装具費用	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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名及び所在地  電話番号 診療科 担当医師名 <span style="float: right;">印</span>				