

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	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	日間
	治療見込回数	通院治療回数並びに期間	回			
治療見込回数	訪問看護回数並びに期間	回	日間			
療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	円	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						
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関名</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

注 記名押印に代えて署名することができる。