

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ			年齢	歳
受診者氏名			年	月 日生
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) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害			
医療の具体的方針				
治療	治療見込期間	年 月 日から		年 月 日まで
		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		
	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				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。 年 月 日				
指定医療機関名 担当する医療の種類 主たる担当医師名 印 （指定医療機関届出時に主たる担当医として届出た医師名） 主治医名 印				