

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	平成 令和 年 月 日
受診者住所					
病名			発症年月日		令和 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)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		年 月 日から		年 月 日まで	
	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			
	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。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印					