

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 日生
受診者住所						
病 名		発症年月日	年 月 日			
障がいの種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由      (2)視覚障がい      (3)聴覚・平衡機能障がい (4)音声・言語・そしゃく機能障がい      (5)心臓機能障がい      (6)腎臓機能障がい (7)小腸機能障がい      (8)その他内臓障がい      (9)免疫機能障がい      (10)肝臓機能障がい					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	治療開始 年 月 日 ~ 治療終了 年 月 日				
	医療費概算額	入院治療期間	日間	} 通算	日間	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		
		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
治療後における障がいの回復状況の見込						
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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p>						