

重度かつ継続： 該当 非該当

審査番号 - 2 -

承認審査： 可 否 保留

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリカ`ナ		性別	年齢	生 年 月 日
受給者氏名			歳	平成 年 月 日
受診者住所				
病 名		発症年月日		平成 年 月 日
障 害 の 種 類	(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) その他内蔵障害 (9) 免疫機能障害			
医療の具体的方針	育成医療開始日（入院日等） 平成 年 月 日			
治 療	治療見込期間	入院治療期間	日間	通算 日間
		通院治療回数及び期間	回 日間	
		訪問看護回数及び期間	回 日間	
	医療費概算額	入院医療費	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。				
平成 年 月 日				
指定医療機関名				
電話番号				
担当医師名				
印				