

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	生年月日 年 月 日
受診者住所						
病名		発症年月日		平成 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) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害					
障害の状況 及び程度						
医療の具体的方針						
	育成医療開始日（入院日等）					年 月 日
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間	
		通院治療回数並びに期間	回			
		訪問看護予定回数並びに期間	回			
療費	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。 <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> <p style="text-align: right;">印</p>						