

自立支援医療（育成医療）意見書

受 診 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所				
病 名				発症年月日	1 先天性 2 年 月 日
障 害 の 区 分 (該当するものに○ をつけて下さい。)		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. その他内臓機能障害 10. 免疫機能障害			
医療の具体的方針					
治療見込期間等		入院治療 年 月 日～ 年 月 日 (日間) 通院治療 年 月 日から 回 (日間) 訪問看護 年 月 日から 回 (日間) (通算 日間)			
医療費概算額		入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円 計 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					
<p>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> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 印</p>					