

自立支援医療費（育成医療）意見書

フリガナ 受診者名前		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成	年	月	日
受診者住所									
病名				発症年月日	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								
医療の具体的方針									
治療	治療見込期間	入院治療期間	自	年	月	日	日間	} 通算	日間
		通院治療回数 並びに期間	自	年	月	日	回		
		訪問看護予定回数 並びに期間	自	年	月	日	回		
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	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									
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	