

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 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (7) 小腸機能障害	(2) 視覚障害 (8) 肝臓機能障害	(3) 聴覚・平衡機能障害 (5) 心臓機能障害 (9) その他内臓障害	(6) 腎臓機能障害 (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	
		至	年	月	日	回	日間			
	通院治療回数並びに期間	自	年	月	日	回	日間			
		訪問看護予定回数並びに期間	自	年	月	日	回	日間		
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	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	