

別紙2

自立支援医療費（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳		年 月 日生	
受診者住所						
病 名		発症年月日			年 月 日	
障害の種類 (該当するものを○で囲んでください。)	(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 至	年 月 日	日間	} 通算 日間
		通院治療回数及び期間	自 至	年 月 日	回 日間	
		訪問看護予定回数及び期間	自 至	年 月 日	回 日間	
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等		円 円 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み						
指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師氏名						年 月 日