

自立支援医療（育成医療）意見書											
フリガナ 受診者名前					年齢	歳	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・咀嚼機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)その他内臓障害 (8)免疫機能障害 (9)小腸機能障害 (10)肝臓機能障害									
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						
		通院治療回数 及び 期 間	自	年	月	日	回 日間				
		至	年	月	日						
		訪問看護予定回数 及び 期 間	自	年	月	日	回 日間				
		至	年	月	日						
	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											
年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名											