

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日生
受診者氏名						
受診者住所						
病 名		発症年月日	<input type="checkbox"/> 先天性		<input type="checkbox"/> 後天性	
			年 月 日			
障害の種類 <small>（該当するものに○をつける）</small>	(1) 視覚障害		(2) 聴覚・平衡機能障害		(3) 音声・言語・そしゃく機能障害	
	(4) 肢体不自由		(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
不自由の状況						
医療の具体的方針	（手術予定日 年 月 日）					
治	治療見込期間	入院治療期間		（ 日間）	年 月 日	～ 年 月 日
		通院治療回数並びに期間		回（ 日間）	年 月 日	～ 年 月 日
		訪問看護予定回数並びに期間		回（ 日間）	年 月 日	～ 年 月 日
療	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			
		補装具費用（装着予定 有・無）	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快復状況の見込						
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。						
年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						
(印)						