

自立支援医療（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		平成 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) その他内臓障害                      (9) 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	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	日間	} 通算 日間
		通院治療回数 並びに期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	回 日間	
		訪問看護予定回数 並びに期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	回 日間	
	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						
平成 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						
印						