

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	平成 令和	年 月 日
受診者住所							
病 名				発症年月日		平成 令和	年 月 日
障害の種類 <small>(該当するものに○をつける)</small>	(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 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	}	通算 日間
		通院治療回数 並びに期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	回 日間		
		訪問看護予定回数 並びに期間	自 令和 年 月 日	至 令和 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							
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							