

自立支援医療（育成医療）意見書											
フリガナ							平成	年	月	日生	
受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	令和				
受診者住所											
病名			発症年月日	□先天性		□後天性					
				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) 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											
⑩											