

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	
受診者氏名											
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○をつけて下さい。)		(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									
医療の具体的方針 障害(疾病)の状況を詳しく記入してください		現病歴及び現症： その他(合併症の有無)： 治療内容： その他：									
治療	治療見込期間	治療見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日 入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 } 通算 日間									
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円 } 計 円									
治療用装具	種目及び型式								費用	円	
	必要とする理由										
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(詳しくご記入下さい。)											
上記のとおり診断し、その医療費、治療用装具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											

会計確認欄	担当者所属		担当者	
	確認年月日	年 月 日	電話番号	