

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 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 (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								
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 日間								
		至 令和 年 月 日								
		通院治療回数 自 令和 年 月 日 回 日間								
		並びに期間 至 令和 年 月 日								
治 療	医療費概算額	訪問看護予定回数 自 令和 年 月 日 回 日間								
		並びに期間 至 令和 年 月 日								
		入院治療費 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 印										