

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) ^{じん} 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		
	医療費概算額	入院治療費	円	通院治療費	円	訪問看護等	円	
				日間	日間	日間	通算 日間	
				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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名							印	

確認欄	担当者所属		担当者	
	確認年月日	年 月 日	電話番号	