

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ			年 齢	生年月日	
受診者氏名			歳	平成 令和	年 月 日
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					
治療見込期間 及び 医療費概算額		回 数	治 療 開 始	治 療 終 了	金 額
	入院治療	—	年 月 日	年 月 日	① 円
	通院治療	回	年 月 日	年 月 日	② 円
	訪問看護	回	年 月 日	年 月 日	③ 円
移送費見込額	④ 円		医療費及び移送費 合計額	①+②+③+④ 円	
治療後における 障害の回復状況 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。 医学的判断 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名 印					
(注) この意見書に関する医事担当を記入してください。				医 療 機 関 コ ー ド	
課 担当者 ()					