

自立支援医療（育成医療）意見書					
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日	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 (先天性・後天性)
障害の種類 (該当するものに○)	(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) その他内臓障害 (9) HIVによる免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害				
障害の状況	(障害の状況及び程度を具体的に記入してください。)				
医療の具体的方針	(手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。)				
治療	治療開始 予定日	年 月 日			
	治療見込 期間	入院治療期間	日間	日間	日間
		通院治療回数並びに期間	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	計	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					
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					