

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	年 月 日								
受診者住所													
病 名		市記入欄		発症年月日	① 先 天 性								
					平成 年 月 日								
					② 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	年 月 日	～	年 月 日	日間							
		通院治療回数並びに期間	年 月 日	～	年 月 日	回 日間							
		訪問看護予定回数並びに期間	年 月 日	～	年 月 日	回 日間							
	医療費概算額	入 院 治 療 費	円		} 計	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													
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													
医療機関コード <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
指定自立支援医療機関名													
電話番号													
担当医師名													