

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 日生
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) 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 入院治療期間      日間 通院治療回数並びに期間      回      日間 } 通算      日間 訪問看護予定回数並びに期間      回      日間					
	医療費概算額	入院治療費      円 通院治療費      円 訪問看護等      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。  年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名      印							

会計確認欄	担当者所属		担当者	
	確認年月日	年 月 日	電話番号	