

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	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	
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	左記障害による不自由の状況を具体的に記入下さい							
医療の具体的方針	手術予定年月日 令和 年 月 日								
治 療	治療見込期間	入院治療期間	令和 年 月 日から	日間	} 通算	通院治療回数並びに期間	令和 年 月 日から	回 日間	} 日間
		訪問看護予定回数並びに期間	令和 年 月 日から	回 日間					
医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円		} 円	通院治療費	円	
	訪問看護等	円		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									
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>									