

自立支援医療(育成医療)意見書						
受診者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名					
	居住地					
病 名				発症年月日	年 月 日	
障 害 の 種 類	(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	日間	} 通算	日間	日間
		通院治療の回数および期間	回			
	訪問看護の予定回数および期間	回				
		入院(予定)年月日	年 月 日			
		通院開始予定年月日	年 月 日			
		通院の場合	1月		回	
	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					
医療費および移送費の合計額	円					
治療後における障害の回復状況の見込み						
上記のとおり診断し、その医療費および移送費について概算します。						
年 月 日						
所在地						
指定自立支援医療機関 名称						
電 話 局 番						
担当医師の氏名						