

別紙様式第7号

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		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										
医療の具体的方針												
治 療	治療見込期間	入院治療期間			日間							
		通院治療回数並びに期間			回		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		} 計					
		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。												
令和 年 月 日												
指定自立支援医療機関名												
電話番号												
担当医師名 印												