

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	年 月 日生まれ
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	年 月 日 から 年 月 日				
		入 院 治 療 期 間	日間	} 通算	日間	
		通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間	回			日間
	訪 問 看 護 回 数 並 び に 期 間	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 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> 指定自立支援医療機関名 住 所 電話番号 </div> <div> (医療機関コード) 担当医師名 印 </div> </div>						