

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成	年 月 日
受診者氏名							
受診者住所							
病名		発症年月日		平成 年 月 日			
障害の種類 <small>（該当するものをつける）</small>	(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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害						
医療の具体的方針	（不自由の状況も併せて記入してください。）						
治療	治療見込期間及び医療費概算額（補装具費を除く。）	入院	治療開始月日	治療終了月日	回数	見込額	
			月 日	月 日		円	
			月 日	月 日		円	
		通院	月 日	月 日	回	円	
			月 日	月 日	回	円	
		訪問看護	月 日	月 日	回	円	
		月 日	月 日	回	円		
移送費見込額							円
医療費及び移送費合計額							円
治療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。

平成 年 月 日

指定自立支援医療機関 名称

住所

電話番号

担当医師名

印

- 備考 1 補装具については、業者の見積書を添付してください。
 2 訪問看護が必要な場合は、その予定回数も記入してください。
 3 医療機関の事務担当者の確認を受けてください。

県番号	点数表	医療機関コード	事務担当者確認印