

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性	男・女	年	歳	年 月 日
受診者氏名		別		齡		
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	(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	月 日	治療終了月日	月 日	回数
	通院	月 日	月 日	月 日	月 日	回
	訪問看護	月 日	月 日	月 日	月 日	回
		月 日	月 日	月 日	月 日	回
		月 日	月 日	月 日	月 日	回
		月 日	月 日	月 日	月 日	回
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。

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  
(自署又は押印)

- 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	事務担当者サイン