

自立支援医療費（育成医療）意見書

受診者	ふりがな		年 齢	生 年 月 日		
	氏 名		歳	年 月 日		
	住 所					
病 名		発症の時期	年 月 日頃			先天性 後天性
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	院外処方の有無（有・無）					
治 療	治療見込期間	入院治療期間	年 月 日～	年 月 日	日間	通算
		通院治療回数並びに期間	年 月 日～	年 月 日	回	日間
		訪問看護予定回数並びに期間	年 月 日～	年 月 日	回	日間
療	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			
装 具	有・無	装具名		概算額	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。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名