自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	年齢	生年月日	
受診者氏名			歳	年 月 日	
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					
治療見込期間 及び 医療費概算額		回数	治療開始	治療終了	金額
	入院治療	—	年 月 日	年 月 日	① 円
	通院治療	回	年 月 日	年 月 日	② 円
	訪問看護	回	年 月 日	年 月 日	③ 円
移送費見込額	④ 円		医療費及び移送費 合計額	①+②+③+④ 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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 指定自立支援医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名					
(注) この意見書に関する医事担当を記入してください。				医療機関コード	
課 担当者 ()					