

自立支援医療（育成医療）意見書					
フリガナ		生年月日	年 月 日	年齢	歳
受診児氏名					
受診児住所					
病 名	(先天性・後天性)	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 その他の内臓障害 10 免疫機能障害	左記障害による不自由の状況を具体的に記入ください			
医療の具体的方針	今回の治療開始予定年月日 年 月 日				
	医療用補装具（有・無）「1 肢体不自由のみ」		補装具名：		
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間
		通院治療回数並びに期間	回		
		訪問看護予定回数並びに期間	回		
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		
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 診療科 電話番号 担当医師名					