

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診児氏名		性別	男・女	年齢	歳	平成 年 月 日
受診児住所						
病名	(先天性・後天性)	発症年月日	平成 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 平成 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	円
		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			
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	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。						
平成 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
診療科						
担当医師名						印