

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 児童氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
住 所						
病 名		発症年月日		① 先天性		年 月 日
				②		
障がいの種類 (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)その他内臓障害 (8)免疫機能障害 (9)小腸機能障害 (10)肝臓機能障害					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	<入 院 治 療 期 間> 年 月 日から 年 月 日まで 日間 <通院治療回数並びに期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 <訪問看護予定回数並びに期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間				} 年 月 日から 通算 日間
	医療費概算額	入院治療費 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
治療後における障がいの回復状況の見込						
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: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 印</p>						