

自立支援医療(育成医療)意見書						
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受診者住所						
病名		発症年月日	年 月 日			
下記の障害を（有している）・（障害を残す恐れがある）。 ※いずれかに○をつける。						
障害の種類 <small>裏面の別表 4 を参照し、該当するものに○をつけ、（－）のあるものには、該当する項番号を記入する。</small>	(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) その他内臓障害	(9) 免疫機能障害	(10) 肝臓機能障害		
医療の具体的方針						
治療後における障害の回復状況の見込						
治療	手術予定日	令和 年 月 日				
	治療見込期間	入院治療期間	(令和 年 月 日～令和 年 月 日) 日間			
		通院治療回数並びに期間	(令和 年 月 日～令和 年 月 日) 回 日間			
		訪問看護予定回数並びに期間	(令和 年 月 日～令和 年 月 日) 回 日間			
		通算 日間				
	医療費概算額	入院治療費	円			
通院治療費		円	計	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
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。						
令和 年 月 日						
指定自立支援医療機関						
所在地						
名称						
主として担当する医師						印
(59 条届出医師)						