

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 日生					
受診者住所											
病 名				発 症	年 月 日 (1. 先天性 2. 後天性)						
障害の種類 <small>(該当するものに○をつける)</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) 肝機能障害		(9) その他内臓障害			(10) 免疫機能障害			
不自由の状況											
医療の具体的方針											
	治療材料	要・不要	治療材料名	手術予定日	年 月 日						
治	治療見込期間	入院治療期間		日間	年	月	日～	年	月	日	
		通院治療回数並びに期間		回	日間	年	月	日～	年	月	日
		訪問看護予定回数並びに期間		回	日間	年	月	日～	年	月	日
		(訪問看護ステーション名)									
療	医療費概算額	入院治療費	円	} 計							
		通院治療費	円		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											
電話番号											
担当医師名								印			

※ ここでいう治療材料とは、診療報酬の点数表に記載のない装具で、社会保険等の給付対象となるものであって、装着による治療効果の期待できるものをいう。