

自立支援医療（育成）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	① 先天性 ② 後天性 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) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害					
障害の状況	〔 〕の状態であり、 身体障害者福祉法第4条別表の(ー)と同程度の 1. 障害を有する 2. 障害を残す恐れがある					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	年 月 日 から		年 月 日まで		
		入院治療期間	日間	} 通算	日間	
	通院治療回数並びに期間	回	日間		日間	
		訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	日間	
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	
		通院治療費	円		円	
		訪問看護等	円		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 ⑩						

※1 治療見込期間は、原則3か月です。特に必要と認める場合に限り1年未満の期間となります。

※2 経過観察や検査のみの入通院は対象になりません。