

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		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。										
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。