

様式第1号（第3条関係）

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	生年月日	年 月 日	
受診者住所	電話番号							
病名					発症年月日	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・直腸機能障害		(8)肝臓機能障害		(9)その他内臓障害		(10)免疫機能障害	
不自由の状況								
医療の具体的方針								
治	治療見込期間	入院治療期間	年 月 日～ 年 月 日					日間
		通院治療回数及び期間	年 月 日～ 年 月 日					日間
		訪問看護予定回数及び期間	年 月 日～ 年 月 日					日間
		通算 日間						
療	治療開始予定日	年 月 日						
	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						
治療材料費 (品名)		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 住所 電話番号 担当医師名								
								