

自立支援医療(育成医療)給付意見書

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								
病名		発症年月日						
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) じん臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害							
医療の具体的方針								
治	療 見 込 期 間	手術予定日	年 月 日					
		入院治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間	通算 回 日間		
		通院治療回数 並びに期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間			
		訪問看護予定回数 並びに期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間			
療	医療費 概算額	入院治療費	円	} 計	円			
		通院治療費	円					
		訪問看護予定回数 並びに期間	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 所在地

名称

自立支援医療を主として
担当する医師氏名(指定医師)

印