

自立支援医療（育成医療）意見書		（新規・再認定・変更）				※1
フリガナ						生 年 月 日
受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受診者住所						
病 名	(先天性・後天性)			発症年月日	年 月 日	
障害の状況	(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)その他内臓障害 (8)免疫機能障害 (9)小腸機能障害 (10)肝臓機能障害			左記のうち、現存する（又は現在の疾患を放置すると将来起こり得る）障害について、該当する番号に○をつけ、その障害による不自由の状況を以下に具体的に記載してください。		
医療の具体的方針						
治 療	入院治療期間	年 月 日 ~		年 月 日		} ※手術予定年月日 年 月 日 通算 日間
	通院治療回数並びに期間	年 月 日 ~		年 月 日		
	訪問看護予定回数並びに期間	年 月 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				
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。 申請者氏名 _____ 年 月 日						
<指定自立支援医療機関> _____ 医療機関コード _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ 名 称 _____ 担当医師 _____ 印						

※1 新規・再認定・変更（医療の具体的方針の変更の場合）のいずれかに○をする。