

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	年	月	日生
受診者氏名								
受診者住所								
病名		発症年月日		□先天性		□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	
不自由の状況								
医療の具体的方針		(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
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					
		補装具費用(装着予定 有・無)	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快復状況の見込								
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								
自治体記入欄	育成医療の必要性の有無 (有・無)							
	意見(無の場合)							
年 月 日 大村市判定医 印								