

|                               |        |                                                                                                                                          |                |                 |
|-------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 自立支援医療（育成医療）意見書               |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| フリガナ<br>受診者氏名                 |        | 生年月日                                                                                                                                     | 年 月 日          | 歳               |
| 受診者住所                         |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| 病 名                           |        | 発症年月日                                                                                                                                    | 年 月 日          |                 |
| 障 害 の 種 類<br>(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<br>(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<br>(7)小腸機能障害      (8)その他内臓機能障害      (9)免疫機能障害 |                |                 |
| 医療の具体的方針                      |        | (治療見込期間    令和    年    月    日    ~    令和    年    月    日)                                                                                  |                |                 |
| 治<br><br>療                    | 治療見込期間 | 入 院 治 療 期 間<br>通院治療回数並びに期間      回<br>訪問看護予定回数並びに期間      回                                                                                | 日間<br>日間<br>日間 | }    通算      日間 |
|                               | 医療費概算額 | 入 院 治 療 費<br>通 院 治 療 費<br>訪 問 看 護 等                                                                                                      | 円<br>円<br>円    |                 |
| 移送費見込額                        |        | 円                                                                                                                                        |                |                 |
| 医療費概算及び移送費見込合計額               |        | 円                                                                                                                                        |                |                 |
| 治療後における<br>障害の回復状況<br>の 見 込 み |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| 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。 |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| 令和      年      月      日       |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| 自立支援医療機関名                     |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| 電話番号                          |        |                                                                                                                                          |                |                 |
| 担当医師名      印                  |        |                                                                                                                                          |                |                 |