

|                                                                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |    |          |          |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|----|----------|----------|-----|-----|
| 自立支援医療（育成医療）意見書                                                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |    |          |          |     |     |
| フリガナ<br>受診者氏名                                                                                                                   |        |                                                                                                                                                                                                                                        | 性別    | 男・女 | 年齢 | 歳        | 平成<br>令和 | 年   | 月 日 |
| 受診者住所                                                                                                                           |        |                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |    |          |          |     |     |
| 病 名                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                        | 発症年月日 |     |    | 平成<br>令和 | 年        | 月 日 |     |
| 障害の種類<br><small>（該当するものに<br/>○をつける）</small>                                                                                     |        | (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)その他内臓障害                      (9)免疫機能障害 |       |     |    |          |          |     |     |
| 医療の具体的方針                                                                                                                        |        |                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |    |          |          |     |     |
| 治<br>療                                                                                                                          | 治療見込期間 | 入 院 治 療 期 間    年 月 日～    年 月 日<br>通院治療回数並びに期間    年 月 日～    年 月 日    回    日間    通算    日間<br>訪問看護予定回数並びに期間    年 月 日～    年 月 日    回    日間                                                                                                 |       |     |    |          |          |     |     |
|                                                                                                                                 | 医療費概算額 | 入 院 治 療 費                      円<br>通 院 治 療 費                      円    }    計                      円<br>訪 問 看 護 等                      円                                                                                              |       |     |    |          |          |     |     |
| 移送費見込額                                                                                                                          |        | 円                                                                                                                                                                                                                                      |       |     |    |          |          |     |     |
| 医療費及び移送<br>費合計額                                                                                                                 |        | 円                                                                                                                                                                                                                                      |       |     |    |          |          |     |     |
| 治療後における<br>障害の回復状況<br>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。<br><br>令和      年      月      日<br><br>指定自立支援医療機関名<br><br>電話番号<br><br>担当医師名                      印 |        |                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |    |          |          |     |     |