

(様式第6号)

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	平成 令和 年 月 日
受診者住所						
病名		発症年月日		令和	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)その他内臓障害 (9)その他の内臓疾患 (10)免疫機能障害					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	期 間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 入院治療期間 令和 年 月 日から 日間 通院治療回数並びに期間 回 訪問看護予定回数並びに期間 回				
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 } 計 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。						
令和 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名 印						