

県番号	点数表	医療機関コード

自立支援医療(育成医療)意見書				
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年 月 日
受診者住所				
病名		発症年月日		年 月 日
障害の種類 (該当するものを○で囲んでください。)	(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			
医療の具体的方針	(不自由の状況も併せて記入してください。)			
治療	治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
		入院治療期間	日間	} 通算 日間
		通院治療回数及び期間	回 日間	
	訪問看護予定回数及び期間	回 日間		
医療費概算額 (補装具費を除く。)	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み				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名 電話番号 <u>担当医師氏名</u> (署名又は記名押印)</p>				

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
2 補装具については、補装具製作者の見積書を添付すること。
※医療機関の事務担当者の確認を必ず受けてください。

事務確認	
-------------	--