

## 別記

## 第1号様式（第3条第1号）

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ		年齢	歳	生年月日
受診者氏名				年 月 日
受診者住所				
病 名		発症年月日	年 月 日 先天性 ・ 後天性	
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 (現在又は今後予想される身体機能障害について、具体的に記載してください。)			
医療の具体的方針	治療内容 (補装具 有・無) (肢体不自由の場合: 理学療法 有・無)			
治 療	治療見込期間	入院治療期間	日間	通算 日間
		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	
	通院治療回数及び期間	月 回 日間		
	訪問看護予定回数及び期間	月 回 日間		
	年 月 日～ 年 月 日			
	手術予定年月日	年 月 日		
医療費概算額	入院治療費	円	計 円	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				
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				
所在地・電話番号				
医療機関コード				
科名・担当医師名 (自署又は記名押印)				