

## 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
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 年    月    日～      年    月    日 通 院 治 療 回 数 及 び 期 間    月    回    日間 年    月    日～      年    月    日 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		
		入 院 治 療 費      円 通 院 治 療 費      円    }    計      円 訪 問 看 護 等      円		
	医療費概算額			
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)				