

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
受診者住所	下関市			
病名			発症年月日	年 月 日
障害の種類 <small>（該当するものに○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 (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) 肝臓機能障害 (10) 免疫機能障害			
具体的な障害の状況	[] の状態であり、 身体障害者福祉法第4条別表の () と同程度の { 1. 障害を有する 2. 障害を残すおそれがある } *裏面の別表を参照のうえ () に番号をいれ、1 または 2 に○印をつけてください。			
医療の具体的方針	(治療用補装具の必要性 有・無) *有の場合補装具名 ()			
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 } 通院治療回数並びに期間 回 日間 } 通算 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 }		
	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	<input type="checkbox"/> 上記治療を行うことにより、上記障害の回復が見込まれる。（該当する場合は、□にレ点をつける） []			
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コード [] [] [] [] [] [] [] [] 指定自立支援医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名				

* 医療機関の事務担当者の確認を受けてください。

事務担当者名	
--------	--