

自立支援医療（育成医療）意見書			
フリガナ 受診者氏名		生年 月日	年 月 日
受診者住所	相模原市 区		
病 名		診 断 確 定 日	年 月 日
障 害 の 種 類 (該当するものにつける)	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		
医療の具体的方針			
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間 日 間 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 回 日 間 訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間 回 日 間	年 月 日 から 通 算 日 間
	医療費概算額	入 院 治 療 費 円 通 院 治 療 費 円 計 訪 問 看 護 等 円	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			
<p style="text-align: center;">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: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 _____</p>			