

自立支援医療（育成医療）意見書						
ふりがな			年齢	歳	生年月日	昭和 平成 年 月 日
受診者氏名						
受診者住所	鹿児島市		丁目	番地	番号	
病名			発症年月日		年 月 日	
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・咀嚼機能障害 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. 免疫機能障害					
医療の具体的な方針						
治療	治療見込期間	入院治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
		通院治療期間並びに回数		年 月 日 ~ 年 月 日 (回)		
		訪問看護期間並びに予定回数		年 月 日 ~ 年 月 日 (回)		
療費概算額	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						円
治療後における障害の回復状況の見込み						
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 電話番号 担当医師名						