

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日
受診者氏名							
住所							
病 名					発症年月日		
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・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							
		治療開始年月日			治療終了年月日 (見込)		
治療	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							
<p>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;">令和 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;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 ㊞</p>							

※ 上田市記入欄

育成医療に該当することを認める。

医師氏名

㊞