

別紙様式第7号

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		昭和 平成 令和	年 月 日	
受診者住所											
病 名					発症年月日		平成 令和		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	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		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						
		訪 問 看 護 等			円		計 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											
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。											
令和 年 月 日											
指定自立支援医療機関名											
電話番号											
担当医師名 印											