|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | 性別 | | 年齢 | | 生年月日 | |
| 受給者氏名 | |  | | 男・女 | | 歳 | | 年　　月　　日 | |
| 受給者住所 | |  | | | | | | | |
| 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） | | ⑴　肢体不自由　⑵　視覚障害　⑶　聴覚・平衡機能障害  ⑷　音声・言語・そしゃく機能障害　⑸　心臓機能障害　⑹　腎臓機能障害  ⑺　小腸機能障害　⑻　その他内臓障害　⑼　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  　※表面の別表を参照のうえ（　）に番号を入れ、１又は２に○をつけてください。 | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | |  | | | | | | | |
| 治療後における障害の回復状況の見込み | |  | | | | | | | |
| 治　療 | 治療見込期間※ | 入院治療期間　　　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | | | | | | 診療開始予定日 |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | | |  | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |

※　治療見込期間は、原則３か月以内です。特に必要と認める場合に限り、１年以内の期間となります。

　　ただし、経過観察や検査のみの入院及び通院は、対象になりません。