

自立支援医療（更生医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		性別		年齢	歳	大正 昭和 平成	年	月	日	
受診者住所										
病名			発症年月日			昭和 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) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害									
医療の具体的方針										
治療	治療見込期間	入院治療期間		日間	} 通算	日間				
		通院治療回数並びに期間		回 日間						
療費	医療費概算額	入院治療費		円	} 計	円				
		通院治療費		円						
		看護料		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軽減の見込										

上記のとおり診断し、別紙明細書のとおり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