

自立支援医療費(更生医療)意見書

フリガナ 受診者氏名		性別		年齢	歳	年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日	年 月 日			
障害の種類 <small>(該当するものに ○をつける)</small>	(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 ( 年 月 日～ 年 月 日)	日間	} 通算	日間	
		通院治療回数並びに期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)	回 日間			
		訪問看護予定回数並びに期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)	回 日間			
	医療費概算額	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: right;">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;">担当医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>						

