

自立支援医療（育成）意見書

氏名		歳	年	月	日生
病名		発症日	1 先天性	2	年 月
現存する又は医療を行わないと将来残すと認められる障害の種類	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	(装具療法の場合：治療用装具の処方 有 ・ 無)				
治療見込期間	入院治療期間	令和	年	月	日から 日間
	通院治療回数及び期間	令和	年	月	日から 回 日間
	訪問看護予定回数及び期間	令和	年	月	日から 回 日間
	手術予定日	令和	年	月	日 計 日間
薬剤の院外での処方の有無	有 ・ 無				
医療費概算額	入院治療費	円			
	通院治療費	円			
	院外処方調剤費等	円		計	円
移送費見込額					円
治療後における障害の回復状況の見込み					
上記のとおり診断し、その医療に要する費用を概算します。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 担当医師名					

指定自立支援医療機関ご担当者様

育成医療の給付を受けるには、原則事前申請が必要ですので、治療開始又は入院が決まり次第、患者のご家族にお渡しください。
 また、支給期間は原則 90 日以内となります。90 日を超える場合は、医療の具体的方針欄に理由をご記入ください。