自立支援医療受給者証(育成医療)意見書												
フリガナ 受診者氏名							年齢	歳		年	月	В
受診者住所												
病名						発症年月	目日		年	月	В	
障害の種類 (該当するものに0をつける)		(5)心臓機能障害 (6)腎臓		。• 平衡機能 機能障害 疫機能障害		(3)音声・言語・そしゃく機能(7)小腸機能障害		じ障害 (4)肢体不自由 (8)肝臓機能障害				
医療の具体的方針		(不自由の状況も併せて記)	 入してく;	 ださい。)								
治療	治療見込期間	入院治療期間 通院治療回数並び	に期間			回 回 年			年	日間月	a)	
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等				円 円 円	} =			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。 年 月 日												
指定自立医療機関名 電話番号 主として担当する医師名 担当医師名												
				県番	뮹	点数表		医療	機関] -	ا	