

様式第 6 号（第 4 条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
受診者氏名						
受診者住所						
病名				発病年月日	年 月 日	
障害の種類 （該当するものに ○を付けてくださ い。）	(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 （障害の状況及び程 度、また、手術の名 称等、治療内容を具 体的に記入してくだ さい。）						
治療	治療見込期 間	入院治療期間 日間 （ 年 月 日から 年 月 日まで） 通院治療回数及び期間 回 日間 （ 年 月 日から 年 月 日まで） 訪問看護予定回数及び期間 回 日間 （ 年 月 日から 年 月 日まで）				
	医療費概算 額	入院治療費 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 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 (印)						