自立支援医療 (育成医療)意見書										
フ 氏	リガナ 名				生年	月日		年	月	日
病		(爿	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -		発病年	月日		年	月	日
	能障害 状 況		現存する(または現在のをつけて)体不自由 視覚・・ 機能で 事 職機能で 事 職機能で 事 職機能で 事 職機能で 事 職機能で 事 い 職機能で 事 に で の 機能で の 機能で ま で の 機能で ま で も で の 機能で ま こ こ こ で か か か か か か か か か か か か か か か か	1~10のいずれか 左記 <機能障害	に該当す	る方の		なります	0	-
治 療	具体的な 治療方針 (注2) 治療用補装具(有・無) * 入院治療期間 治療見込期間 通院治療回数および ※診療実日数ではなくi 治療費用 入院治療費 の見込額 通院治療費		間 び期間(延べ日数 (通院開始から終了 手術子	)月 了までの 円 円 ウ定年月1	 回延〜 日数を 計	日間 ド <u>日間</u> 記入してく7 十 <u></u> 日	通院開始 <sup>-</sup> 年	月	日間	
訪問看護										
移 送 費 見 込 額  上記のとおり診断する。 診断年月日(注3) 年 月 日 指定自立支援医療機 ( 一 ) 医療機関コード 関名および所在地 診療科および医師氏名  科										
会	計確認欄 (注4)	<b>月</b>	担当者所属 確認年月日			氏名	月	日		

- (注) 1 免疫の機能障害の場合、「免疫の機能障害意見書」をこの自立支援医療(育成医療)意見書に添付して ください。
  - 2 「肢(し)体不自由」に該当する場合は、治療用補装具の有無および名称を必ず記入してください。
  - 3 意見書の有効期間は、診断年月日から起算して3か月以内です。
  - 4 会計の確認を必ず受けてください。