

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ	性別	年齢	歳	平成 ・ 令和 年 月 日
受診者氏名				
受診者住所				
病名		発症年月日		平成 ・ 令和 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			
障害の状況				
医療の 具体的方針				
治 療	入院治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月		
	治療見込期間	通院治療回数並びに期間	回 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月	
		訪問看護予定回数並びに期間	回 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月	
療	医療費概算額	入院治療費	円	} 計
		通院治療費	円	
		訪問看護等	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、その医療費を概算いたします。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名				

※以下は、神戸市の記入欄ですので、記入は不要です。

【備考】	
------	--