　添付書類１

自立支援医療（育成医療）意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  受診者氏名 | |  | | 性別 | 男・女 | | | 年齢 | 歳 | | 年　　月　　日 |
| 受診者住所 | |  | | | | | | | | | |
| 病　　　　名 | |  | | | | 発症年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 障害の種類  (該当するもの  に○をつける) | | (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)その他内臓障害　(8)免疫機能障害 (9)小腸機能障害　(10)肝臓機能障害 | | | | | | | | | |
| 医　療　の  具体的方針 | |  | | | | | | | | | |
| 治  療 | 治療見込  期　　間 | 手術予定日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 入院治療期間 | 年　月　日から　　年　月　日  　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | | | | | | 通算  　　　　　　回  　　　　　　日間 | |
| 通院治療回数並びに期間 | 年　月　日から　　年　月　日  　　　　　　　　　回　　　　　日間 | | | | | | |
| 訪問看護予定回数並びに期間 | 年　月　日から　　年　月　日  　　　　　　　　　回　　　　　日間 | | | | | | |
| 医 療 費  概 算 額 | 入院治療費　　　　　　　　　　円  通院治療費　　　　　　　　　　円  訪問看護等　　　　　　　　　　円 | | | | | 合計　　　　　　　　　　　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  　　　　　指定自立支援医療機関　所　在　地  　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |

自立支援医療（更生医療）医療費概算額明細書（一般用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | |
| 医療施行概要 | 金額 | | 内訳 | 備考 |
| 入院 | 通院 |
| 手術 | 円 | 円 | 手術名 |  |
| 投薬・注射 |  |  | 薬品名 |  |
| 処置 |  |  | 処置名 |  |
| 検査 |  |  | 検査名 |  |
| 基本及び特掲診療 |  |  |  |  |
| ギプス |  |  |  |  |
| 後療法 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 概算額 | 円 | 円 | 合計  円 |  |

　　注　治療見込み期間が３か月以内の場合はその期間の医療費概算額及び内訳を，３か月を超える

　　　場合は１か月当たりの医療費概算額及び内訳を記載すること。