

<記入例>

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名	オカザキ タロウ 岡崎 太郎	性別	男・女	年齢	〇〇歳	令和〇〇年××月◇◇日生
受診者住所	岡崎市〇〇町△△丁目××番地					
病名	□唇裂	発症年月日	令和〇〇年△△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)視覚障がい (3)聴覚・平衡機能障がい (4)音声・言語・そしゃく機能障がい (5)心臓機能障がい (6)腎臓機能障がい (7)小腸機能障がい (8)その他内臓障がい (9)免疫機能障がい (10)肝臓機能障がい					
医療の具体的方針	□唇形成手術 術中所見により、上顎骨切り術を施行する。 治療開始前までの申請が原則です。					
治療	治療見込期間	治療開始 〇〇〇〇年××月△△日 ~ 治療終了 〇〇〇〇年△△月××日 入院治療期間 ◇◇ 日間 } 通院治療回数並びに期間 △△回 ◇◇ 日間 } 通算 ◇◇◇ 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 }				
	医療費概算額	入院治療費 ◆◆◆,◆◆◆ 円 } 通院治療費 ◆◆◆,◆◆◆ 円 } 計 ◆◆,◆◆◆,◆◆◆ 円 訪問看護等 円 }				
移送費見込額						円
医療費及び移送費合計額	◆◆,◆◆◆,◆◆◆					円
治療後における障がいの回復状況の見込	□唇形態の回復により発語、構音機能の回復が期待できる。					
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。						
指定医（育成医療）の記名が必要です。 担当医師と異なる場合は連名でご提出ください。		令和〇〇年××月△△日				
		指定自立支援医療機関名	◎◎病院			
		電話番号	×××× - 〇〇 - △△△△			
		担当医師名	愛知 二郎			