

自立支援医療費(育成医療)意見書

フリガナ		性別	生年月日
受診者氏名		男・女	平成 令和 年 月 日
受診者住所			
病名	477		
発症年月日	平成 令和	年 月 日	
障害の種類 (該当するものに○をつける)	(011)肢体不自由 (021)視覚障害 (031)聴覚・平衡機能障害 (041)音声・言語・そしゃく機能障害 (051)心臓機能障害 (061)腎臓機能障害 (071)小腸機能障害 (076)肝臓機能障害 (075)その他内臓障害 (081)免疫機能障		517
障害の状況	()の状態であり、 身体障害者福祉法 第4条別表の()と同程度の 1. 障害を有する 2. 障害を残す恐れがある *裏面の別表を参照のうえ()に番号を入れ、1 又は 2 に○印をつけてください。		
医療の 具体的方針	520		
治療	治療開始日	令和 年 月 日から	
	治療見込期間	入院治療期間 <input type="text"/> 日間 通院治療回数並びに期間 <input type="text"/> 回 <input type="text"/> 日間 訪問看護予定回数並びに期間 <input type="text"/> 回 <input type="text"/> 日間 } 通算 日間 *原則3カ月	
	医療費概算額	入院治療費 <input type="text"/> 円 通院治療費 <input type="text"/> 円 訪問介護費 <input type="text"/> 円 } 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 の見込み			

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。

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

印

■身体障害者福祉法 第4条

意見書（表面）に記入される場合は
1-③のように記載して下さい

《別表》

1 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- ① 両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ0.1以下のもの
- ② 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
- ③ 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
- ④ 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの

2 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

- ① 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの
- ② 一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの
- ③ 両耳による普通話声の最良の話音明瞭度が50パーセント以下のもの
- ④ 平衡機能の著しい障害

3 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

- ① 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失
- ② 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの

4 次に掲げる肢体不自由

- ① 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- ② 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて、一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- ③ 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- ④ 両下肢の全ての指を欠くもの
- ⑤ 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- ⑥ 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

5 心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

6 法別表第5号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能障害とする。

- ① ぼうこう又は直腸の機能
- ② 小腸の機能
- ③ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能