

自立支援医療 (育成医療) 意見書				
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年 月 日生
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 ○印)	(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			
具体的な 障害の状況	身体障害者福祉法第4条別表の()の()と同程度の { 1. 障がいを有する { 2. (治療をしなければ) 障がいを残すおそれがある ※裏面の別表を参照の上、()の()に番号を入れ、1又は2に○印をつけてください。 記載例:(二)の(1)と同程度の①. 障がいを有する			
	(障がいの状況及び程度を具体的に記入してください。)			
医療の具体的方針			外科的治療 の必要性	有 ・ 無
補装具の 必要性	有 ・ 無	「有」の場合のみいずれかに○印をつけてください。 現在補装具にて治療中 ・ 治療見込み期間内に作成する		
治療	治療見込期間	入院治療期間 (月 日から 月 日まで) 通院回数及び期間 (月 日から 月 日まで) 訪問看護予定回数及び期間	日間 回 日間 回 日間	} 通算 日間
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護費	円 円 円	
移送費見込額	円			
医療費及び 移送費の合計額	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、その医療費を概算いたします。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印				

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

様式第1号（裏面）

身体障害者福祉法 別表 （第四条関係）

一 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つて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。）がそれぞれ〇・一以下のもの
- 2 一眼の視力が〇・〇二以下、他眼の視力が〇・六以下のもの
- 3 両眼の視野がそれぞれ一〇度以内のもの
- 4 両眼による視野の二分の一以上が欠けているもの

二 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七〇デシベル以上のもの
- 2 一耳の聴力レベルが九〇デシベル以上、他耳の聴力レベルが五〇デシベル以上のもの
- 3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が五〇パーセント以下のもの
- 4 平衡機能の著しい障害

三 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

四 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 両下肢のすべての指を欠くもの
- 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

五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令*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

※政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害です。

ぼうこう又は直腸の機能、小腸の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能、肝臓の機能