

自立支援医療（育成医療）意見書					
フリガナ		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
障がいの種類 (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) その他の内臓障がい (8) 免疫機能障がい (9) 小腸機能障がい (10) 肝臓機能障がい <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 1. 障がいを有する 2. 障がいを残す恐れがある 身体障害者福祉法第4条別表の()の()と同程度の ※裏面を参照のうえ、()に番号を入れ、1. または2. に○印をつけてください。				
医療の具体的方針					
治療	治療見込期間	期 間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで
	医療費概算額	入院治療期間	日間	}	通算 日間
		通院治療回数並びに期間	回		
訪問看護予定回数並びに期間		回	日間		
	入院治療費	円	}	計	円
	通院治療費	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					
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					

意見書の「具体的な障がい」の欄には
（ ① ）の（ 1 ） のように記入してください。

⑤の場合、2つめの（ ）は空欄で構いません。

身体障害者福祉法第4条 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語音明瞭度が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、言語機能又はそしやく機能の障害
 - 1 音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失
 - 2 音声機能、言語機能又はそしや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
- ⑤ 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
 - ※その他政令で定める障がい
 - ・ 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