

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
受診者住所	〒			
病 名		発症年月日		年 月 日
障害の種類 <small>（該当するもの○をつけてください。）</small>	(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) その他内臓障害 (9) 肝臓機能障害 (10) 免疫機能障害			
医療の具体的方針				
治 療	治療見込期間	入院治療期間 （令和 年 月 日～令和 年 月 日まで）	日間	} 通算 日間 } 原則3ヵ月以内
		通院治療回数並びに期間 （令和 年 月 日～令和 年 月 日まで）	回 日間	
		訪問看護予定回数並びに期間 （令和 年 月 日～令和 年 月 日まで）	回 日間	
	医療費概算額	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
上記治療見込期間内の院外処方の有無	有 ・ 無 （該当する方を○で囲ってください。）			
補装具	該当する場合、補装具名：			
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。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 所在地 〒 電話番号 担当医師名				

※育成医療の有効期間は、原則3ヵ月以内としていますので、治療見込期間の記載にあたって御注意ください。疾患の状況により3ヵ月以上に及ぶ場合は、特に慎重に治療見込期間を設定してください。定期検査、経過観察等は公費助成の対象外となりますので、ここで記載する期間には含めないようお願いいたします。腎臓機能障害における人工透析法及び免疫機能障害における抗H1V療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内としています。

※育成医療の対象となる児童は、身体障害者福祉法第4条の規定による別表（裏面記載）に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、当該障害又は疾患に係る医療を行わないときは、将来において同別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であって、確実な治療の効果が期待できるものとされています。

○身体障害者福祉法

第4条関係 別表(身体障害の範囲)

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2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3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