

(注意) 治療開始から3週間以内に申請してください。  
(但し、治療終了後の申請はできません。)

自立支援医療（育成医療）意見書（新規・継続（再認定）・内容変更）

フリガナ						
受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳 年 月 日
受診者住所						
病名				発症年月日	① 先天性	年 月 日
					②	年 月 日
障害の種類 (該当するものに○を付けてください。)	(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					
医療の具体的方針 (該当するものに○を付けるとともに、障害の状況及び治療内容について詳しく記載してください。)	(1) 手術 (2) 理学療法（リハビリテーション等） (3) 補装具治療 (4) 未熟児網膜症の光凝固治療 (5) 人工内耳手術後の難聴療育 (6) 歯科矯正 (7) 言語療法 (8) 透析療法 (9) 腎移植手術 (10) 中心静脈栄養法 (11) 免疫調整療法 (12) その他（ ）					
治療	治療見込期間 (1回の承認につき最大半年間。但し、歯科矯正・言語療法に限り最大1年間)	術前検査期間 (通院予定： 年 月 日 から 年 月 日) 術前検査の具体的内容（ ）				入院予定日以前の通院は、手術に伴う術前検査を行う場合に限り申請できます。 裏面の記入上の注意
		入院治療期間 (入院予定： 年 月 日 から 年 月 日)				
		通院治療回数及び期間 回 (通院予定： 年 月 日 から 年 月 日)				
		訪問看護予定回数及び期間 回 (通院予定： 年 月 日 から 年 月 日)				
医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	円 (10割算出額)	
	通院治療費	円		円		
	訪問看護等	円		円		
移送費見込額						円 (10割算出額)
医療費及び移送費の合計額						円 (10割算出額)
治療後における障害の回復状況の見込み	<input type="checkbox"/> 上記治療を行うことにより、上記障害の回復が見込まれる。 (該当する場合は、口にシ点をつける)					
	[ ]					
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。						
年 月 日 (意見書作成日でなく、今回申請の治療に対する診断確定日を記載して下さい)						
医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
指定自立支援医療機関名						
所在地						
	電話番号					
	担当医師名					
	印					

## 自立支援医療（育成医療）意見書記入上の注意

### 意見書作成の前提

- ・貴医療機関が障害者自立支援法による自立支援医療（育成医療）指定医療機関の指定を受けていることを確認して下さい。この意見書の作成は育成医療指定医療機関の医師しか作成することは出来ません。
- ・育成医療指定医療機関のうち、障害の区分と指定を受けている医療の種類が適合しているかどうかを確認して下さい。

眼 科、耳鼻咽喉科、口 腔、整形外科、形成外科、中枢神経、脳神経外科、心臓脈管外科、心臓移植  
腎 臓、腎移植、肝 臓、肝臓移植、小 腸、歯科矯正、免 疫、(薬 局、訪問看護)

1. 新規・継続(再認定)・内容変更のうち、該当するものに○印をつけて下さい。
  - ・新規:新たに医療を受けようとする場合。
  - ・継続(再認定):従来受けていた医療が受給者証の有効期間を過ぎてこれを継続する必要がある場合。(ただし、新規申請からの最大承認期間は1年間です。)
  - ・内容変更:有効期間内に医療の具体的方針を変更する必要がある場合。
2. 受診者氏名、性別、年齢、生年月日、住所は意見書の日付(診断確定日)現在で記入して下さい。
3. 病名欄は該当となる疾患名を記載して下さい。
4. 発症年月日は、先天性の場合は①に、先天性以外の場合は②に○印を付け、年月日を記載して下さい。
5. 障害の種類は、現に発症しているか発症する恐れのある障害の種類に○印をつけてください。
6. 医療の具体的方針には、機能的障害の具体的内容についても記載して下さい。なお、疾患名と上欄で○印を付けた障害との関係が明確でない場合又は原則的には対象外であるが、疾患・障害の状況によっては対象になる場合は、医療の具体的方針欄は内容がわかるよう詳しく記載して下さい。

### 【医療の具体的方針記載例】

そけいヘルニア、膈ヘルニア:原則的には対象外であるが、腸管の脱出等により嵌頓の恐れがあり緊急の手術が必要である場合は対象となる。そのため、当該患者について嵌頓の恐れがある場合はその状況及び治療の必要性を記載して下さい。

停留精巣(睾丸):原則的には対象外であるが造精機能障害がある場合、妊孕性障害があるもののみ対象となるため該当する場合は、具体的な障害の状況を記載して下さい。

7. 治療見込み期間は必ず記載して下さい。
  - ・入院前の通院は、認められません。(但し、安全に手術を行うため、全身状態を把握する目的で行われる検査は、手術と一体のものとして育成医療の対象としています。具体的には、手術前医学管理料の算定基準に掲げられる検査項目(血液検査・レントゲン検査・心電図・尿検査等)が該当します。診断確定や術式を決めるための精密検査は対象となりません。
8. 通院期間における○日間は、通院回数にかかわらず対象期間の合計日数を記載して下さい。
  - ・理学療法(リハビリ等)・補装具治療を行う際も、対象となる通院回数と期間を記載して下さい。
9. 訪問看護にかかる治療見込期間及び医療費概算額は、自立支援医療(育成医療)指定医療機関の医師が訪問看護指示書を自立支援医療(育成医療)指定訪問看護ステーションに対して発行する際に記載して下さい。
10. 移送費見込額の記載は、保険請求すべき移送費(次のいずれにも該当①移送の目的である療養が保険診察として適切であること。②療養の原因である病気により移動が困難であること。③緊急・その他、やむを得ないこと。)が生じる場合の概算額を記載してください。移動困難者の通院費等ではありませんのでご注意ください。
11. 治療後における障害の回復状況の見込みは、申請に係る治療を行うことによる回復の見込みを記載して下さい。
  - ・障害の回復の見込みの無い治療、障害の進行を止めたり、進行を遅らせるための治療などは対象外となります。

### 【対象外の具体例】

- ①肢体不自由:機能障害(歩行障害等)のないもの(現在又は可能性)、知的障害、痙攣のみのものなどは対象外。
- ②視覚障害:視覚・視野・視力障害のないもの(現在又は可能性)
- ③聴覚・平衡機能障害:左記障害のないもの(現在又は可能性)、眼鏡・マスク等の装着不可能、審美上の理由による手術などは対象外。
- ④音声・言語・咀嚼機能障害:左記障害のないもの(現在又は可能性)、審美上の理由による手術などは対象外。
- ⑤心臓機能障害:内科的治療(手術をおこなわないもの)のみの入通院は対象外。
- ⑥腎臓機能障害:腎摘出手術は対象外。

腎移植を受けるための諸手続(登録・ドナーとの血液適合検査・毎年の更新料)は保険対象外・自己負担となります。

- ⑦その他の内臓障害等:呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸及び肝臓機能障害以外は先天性に限り対象。内臓障害のないもの(現在又は可能性)、手術を行わない経過観察や定期検査による入通院、内科的治療のみのものは対象外。

※ なお、患者の世帯の所得によっては、自立支援医療費(育成医療)支給制度の対象外となることもあります。