

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

移送

※		※受理年月日	年	月	日		
福祉事務所記載欄	※居住地： ※ (フリガナ) ※ (以降の)(氏名) (歳)に係る 移送 の給付の要否について意見を求めます。 (生年月日) <div style="text-align: right;">千葉県船橋市福祉事務所長 印</div>						
要否意見 (医師記載欄)	傷病名	傷病の程度及び給付を必要とする理由					
	(1)						
	(2)						
	(3)						
給付内容	給付	治療材料	種類				
			使用見込期間	か月			
	移送		種類・区間				
			治療に必要な通院頻度	1 か月に 日			
			移送を要する見込期間	か月			
	(患者氏名)						
	_____ について上記のとおり、給付を(1 要する 2 要しない)と認めます。 千葉県船橋市福祉事務所長 様 _____ 年 月 日 <div style="text-align: center;">指定医療機関の所在地 及び名称 院(所)長</div>						
所要経費概算見積 (取扱業者記載欄)		給付方法	種類	品名(商品名)	単価	数量	金額
	治療材料	購入					
		合計					
		貸与・修理					
		合計					
	(治療材料)						
	_____ について、上記のとおり概算見積します。						
	千葉県船橋市福祉事務所長 様 _____ 年 月 日						
	取扱業者の所在及び名称						
福祉事務所整理欄	※ (移送費概算額等を記載)						
※ 嘱託医見	1.承認 2.不承認 3.本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)						
	印						

※取扱業者名

※発行取扱者

※担当員

(記載注意) ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

治療材料(眼鏡)の金額については、店頭販売価格を記載すること。