

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

治療材料

※		※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 治療材料 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	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: right;">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 欄	治療材料	給付方法	種 類	品名 (商品名)	単価	数量	金 額
		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 <div style="text-align: right;">取扱業者の所在及び名称</div>						
福祉事務所	※ (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。