

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

*取扱業者名

1 治療材料 ② 移送

* 1 新規 2 継続

*受理年月日 年 月 日

* (年 月 日 以降の) (氏名) (歳) に係る

1 治療材料 ② 移送の給付の要否について意見を求めます。 (年 月 日 生)

長 様

() 千葉県船橋市福祉事務所長

要否意見書
(医師記載欄)

傷 病 名

(1)

(2)

(3)

傷病の程度及び給付を必要とする理由

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

移送を要する見込み期間

か月

(患者氏名)

について上記のとおり、給付を (☐ 要する ☐ 要しない)

と認めます。

年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称
院 (所) 長

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

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。

年 月 日

取扱業者の所在地及び名称

*福祉事務所整理欄

(移送費概算額等を記載)

*嘱託医意見

*ケース番号

—

*地区担当員

*発行取扱者

(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。

要否意見書発行番号