

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

要否意見書 (医師記載欄)	* 1 新規 2 継続		*受理年月日 年 月 日				
	* (年 月 日 以降の) (氏名) (年 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る。(年 月 日 生)						
	長様 () 千葉県船橋市福祉事務所長						
	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 (<input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 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)	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。 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