

# 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 〇 月				
		移送	種類・区間 治療に必要な通院頻度 1 か月に 〇 日 移送を要する見込み期間 〇 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)	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