

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

1 治療材料 2 移送

※ 福祉 事務 所記 載欄	※ 1 新規 2 継続	※受理年月日	年 月 日	※ 医療 機関 名
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）（ ）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。				
令和 年 月 日				
久留米市福祉事務所長				
				

要 否 意 見	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 （ 医 師 記 載 欄 ）	治療材料	種 類	
		使 用 見 込 期 間	か月
	移 送	種 類	
		区 間	<input type="checkbox"/> 自宅←→医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		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。

令和 年 月 日

久留米市福祉事務所長 様

指定医療機関の所在地及び名称 _____ 院（所）長

治 療 材 料	種 類	品 名（商品名）	単 価	数 量	金 額
	合 計				

（治療材料） _____ について、上記のとおり概算見積します。

久留米市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

取扱業者の所在地及び名称 _____

※ 福祉事務所 (移送費概算額等を記載)

※ 嘱託意見

印

（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。