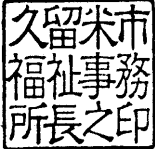


給付要否意見書（所要経費概算見積書）

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

| 所 要 経 費 概 算 見 積 （ 取 扱 業 者 記 載 欄 ） | 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
医

意見

印