

給付可否意見書（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	※取扱業者名
	※（ 年 月 日以降の）（氏名） （住所）				（ 歳）			
に係る 1 治療材料 2 移送の給付の可否について意見を求めます。 令和 年 月 日 堺市 保健福祉総合センター所長								
要 否 意 見 （ 医 師 記 載 欄 ）	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	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 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 堺市 保健福祉総合センター所長 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	給 付 方 法	種 類	品 名 （ 商 品 名 ）	単 価	数 量	金 額	※発行取扱者
		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。 堺市 保健福祉総合センター所長 様 令和 年 月 日 取扱業者の所在地及び名称							
※福祉事務所整理欄	(移送費概算額等を記載)							
※嘱託医見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 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。