

福祉事務所
受付日

月 日

給付要否意見書 ()

※福祉事務所記載欄	※	※受理年月日 年 月 日			
	※居住地： ※ (フリガナ) ※ (年 月 日以降の)(氏名) (生年月日) (歳) に係る施術の給付の要否について意見を求めます。 堺市 保健福祉総合センター所長 印				
要否意見 (施術者記載欄)	※	傷病名 (部位)	初 検 年 月 日	転帰 (継続の場合)	傷病の程度及び給付を必要とする理由
	(1)		年 月 日	治癒・中止・継続	
	(2)		年 月 日	治癒・中止・継続	
	(3)		年 月 日	治癒・中止・継続	
	(4)		年 月 日	治癒・中止・継続	
	(5)		年 月 日	治癒・中止・継続	
	(6)		年 月 日	治癒・中止・継続	
	療 養 (治 癒) 見 込 期 間		概 算 見 積 額 (初 検 時 又 は 7 か 月 目 以 降)		
	か月又は 日間		1 月 目 円	2 月 目 円	3 月 目 円
			4 月 目 円	5 月 目 円	6 月 目 円
往療が必要な場合その理由					
(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。 年 月 日 堺市 保健福祉総合センター所長 指定施術機関 (施術者) の所在地 及び名称					
医師同意	同意年月日	年 月 日			
	指定医療機関名				
	所在地				
	医師氏名				
	注意事項等	(施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)			
※嘱託医意見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間 (月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見) 印				

※担当員

※発行取扱者名

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6ヶ月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。