

給付要否意見書（柔道整復）

※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（柔道整復師記載欄）	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 4 か 月 目 以 降 ）					
か月又は 日間		1 月 目	円	2 月 目	円	3 月 目	円
(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。 堺市 保健福祉総合センター所長 年 月 日 指定施術機関（施術者）の所在地及び名称							
医師同意	(注) 脱臼又は骨折（応急手当を除く）の場合のみ同意が必要						
※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 転帰「（継続の場合）」欄は、3か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。
- 2 「療養（治癒）見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時（3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降）の療養（治療）見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。