

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

保護変更申請書（傷病届）

※指定医療機関名			※発行年月日	
※医療機関所在地			※受理年月日	
利用者カナ氏名 利用者氏名		居住地		
世帯主氏名		現在受けて いる扶助		
病状及び 理 由				
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 年 月 日 堺市 保健福祉総合センター所長 申請者 住 所 氏 名 利用者との関係				

訪問看護要否意見書（ ）

※利用者氏名			※生年月日		
主たる病名			訪問看護 開始年月日	年 月 日	
病状・治療状態 (改善の見込み等)					
訪問看護見込期間	か月 日	訪問看護 見込回数 (1週あたり)	1 1回 2 2回 3 3回	4 4回以上 5 その他 (週当たり 回)	
実施が適当と思われる 訪問看護事業者	所在地 名 称				
上記のとおり訪問看護を（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 指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名					
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否（ア 要する イ 要しない） 2 訪問看護見込期間（ か月） 3 訪問看護見込回数（1週あたり 回（ 週当たり 回）） 4 参考意見				年 月 日 嘱託医 ㊞

（注意） 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。