

福祉事務所
受付日

月 日

給付可否意見書（ ）

※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可否について意見を求めます。				
要 否 意 見 （ 施 術 者 記 載 欄 ）	※	堺市 保健福祉総合センター所長			
	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 施術者			
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

印

(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。