

福祉事務所
受付日

月 日

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： ※ (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る。				
要 否 意 見 (柔 道 整 復 師 記 載 欄)	※	堺市 保健福祉総合センター所長		※担当員	
	傷病名（部位）	初 檢 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 施術者					
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				※発行取扱 者名
※ 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

(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。