

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

1 治療材料 2 移送

※ 福祉 事業 事務 所 欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 令和 年 月 日				※ 取扱 業者 名	
	※（ 年 月 日以降の） （氏名） （ 歳）に係る 1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日 大分県西部保健所地域福祉室長							
要 否 意 見 （ 医 師 記 載 欄 ）	傷 病 名 (1) (2) (3)		傷病の程度及び給付を必要とする理由					
	給 付 内 容	治療材料	種類					
			使用見込期間				か月	
		移送	種類・区間					
			治療に必要な通院頻度	1 か月に			日	
	移送を要する見込期間							か月
	(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。 令和 年 月 日 大分県西部保健所地域福祉室長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 院（所）長 担当医師							
	※ 所要 経費 概算 見積 欄 （ 取 扱 業 者 記 載 欄 ）	治 療 材 料	給付方法	種 類	品 名（商品名）	単価	数量	金 額
購 入								
合 計								
貸与・修理								
合 計								
(治療材料) _____について、上記のとおり概算見積します。 大分県西部保健所地域福祉室長 殿 令和 年 月 日 取扱業者の所在地及び名称								
※ 福祉 事業 整理 務 欄	(移送費概算額等を記載)							
※ 嘱 意 託 医 見								

印

（記載注意） ※印欄は地域福祉室で記入するので、記載しないこと。