

※ 福祉事務所 記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 令和 年 月 日			※指定 施術者名	
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）（ 歳）に係る施術の給付の可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 （ 施 術 者 記 載 欄 ）	傷病名（部位）	初療年月日	転帰（継続の場合）		傷病の程度及び給付を必要とする理由	※発行 取扱者 印	
	(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
往療が必要な場合、その理由						※ 嘱託医意見	
(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 指定施術機関（施術者）の所在地及び名称							
医師同意	同意年月日	年 月 日				記 載 者	
	指定医療機関名					1 医 師 2 施 術 者	
	所 在 地						
	医 師 氏 名						
※嘱託医意見						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、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。
- 3 「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。
- 4 「医師同意」欄は、3か月を超えてあん摩・マッサージ(変形徒手矯正術の場合を除く。)又ははり・きゅうを必要とする場合、施術者が記載しても差し支えないこと。
- 5 ※印欄は地域福祉室で記入するので、記載しないこと。