

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	
利用者力ナ氏名 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		
宇都宮市社会福祉事務所長				
申請者	住 所 氏 名 利用者との関係			

訪問看護要否意見書（新規・継続）

※利用者氏名			※生年月日	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。				
宇都宮市社会福祉事務所長			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週当たり 回(週当たり 回)) 4 参考意見			
	年 月 日 嘱託医 印			

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。