

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	
利用者カナ氏名 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 <div style="text-align: right;">           申請者 { 住 所 氏 名 利用者との関係         </div>				

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 4 4回以上 2 2回 5 その他 3 3回 ( 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 <div style="text-align: center;">           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         </div>			
※ 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 <div style="text-align: right;">           年 月 日            嘱託医 ㊞         </div>		

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。