様式第15号(第3条関係)

保護変更申請書(傷病届)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | ※指定医療機関名 | 　 | ※発行年月日 | 年　月　日 |
| ※受理年月日 | 年　月　日 |
| 利用者氏名 | 　 | 居住地 | 　 |
| 世帯主氏名 | 　 | 現在受けている扶助 | 生・住・教・介・医・その他 |
| 病状および理由 | 　 |
| 　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。 |
| 　健康福祉センター所長　様 | 　　年　　月　　日 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　利用者との関係　　　　　　　　　　 |

老人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 | 箇月 | 訪問看護見込回数(1週当たり) | 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 |
| 　上記のとおり老人訪問看護を(1　要する　2　要しない)と認めます。　　年　　月　　日　健康福祉センター所長　様指定医療機関の所在地および名称　　　　　　　　　院(所)長(担当医師)氏名　　　　　　　　　 |
| ※ | 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(　　箇月)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 |

(記入上の注意)

　　※印の欄は健康福祉センターで記入します。