生活保護法施行細則

(昭和五十二年福岡県規則第四十八号)の一部を次のように改正

する。

様式第十八号の三を次のように改める。

第 増 ·成三十 깯 千 车 刊 四 十 十 月

七

号

2

 $\equiv$ 

十

 $\mathbf{H}$ 

生活保護法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。 平成三十年十一月三十日 規 則

報

生活保護法施行細則の一 部を改正する規則

福岡県規則第四十七号 福岡県知事

小 Ш 洋

定期発行日 每週火金曜日

様式第18号の3(第3条)

保護変更申請書(傷病 届)

〈あん摩・マッサージ は り・きゅう 〉

ケース 番 号	世帯員番号							規続	<b>※</b> 受領 年	月	日
患 者 氏 名 (生 年 月 日)	明・大・昭・平	年	月	男 女 日	居住地			町 村			日
主訴及び理由											
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。									月	日	
保健福	祉(環境)事務所長	殿	申請者	(住 氏 患者との	所 <u></u> 名 <u></u> 関係					Ē	)

給付要否意見書  $\langle b \wedge p \cdot v \rangle$  なり も ゅ う  $\rangle$ 

傷病名(部位)       初寮年月日       転帰(継続の場合)       傷病の程度及び給付を必要とする理由         (1)       年月日 治癒・中止・継続 22       年月日 治癒・中止・継続 4年月日 治癒・中止・継続 5(3)       年月日 治癒・中止・継続 4年月日 治癒・中止・継続 5(6)       年月日 治癒・中止・継続 4年月日 治癒・中止・継続 5(6)       第養(治癒)見込期間       概算見積額(初療時又は7か月目以降)         (6)       年月日 治癒・中止・継続 4月目 円 5月目 円 6月目 円 4月目 円 5月目 円 6月目 円 6月日 円       でのいて、上記のとおり給付を(1 要する 2 要しない)と認めます。 4年月日 保健福祉(環境)事務所長 殿 6年月日 年月日 日       年月日 日         (患者氏名)       「応令権限関(施術者)の所在地及び名称       (事月日 日 年月日 日 年月日日 年月日日 年月日日 年月日日 年月日日 年月日										(J. 9)	, 9 M	/			
要       (2)       年月日日治癒・中止・継続         (3)       年月日日治癒・中止・継続         治癒・中止・継続       (5)       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         財力       大方面・中止・継続         (6)       年月日治癒・中止・継続         (6)       年月日治癒・中止・継続         (6)       年月日治海・中止・継続         (6)       年月日治海・中止・継続         (6)       年月日治月日 円 3月目 円 6月目 円 6月目 円 6月目 円 7日         (本療が必要な場合その理由 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。年月日保健福祉(環境)事務所長 殿指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 印 月日 指定医療機関名 所在地及び名称 印 日 指定医療機関名 所在地 及び名 称 印 日 指定医療機関名 所在 地  日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		1	傷 病	名	(部位)		初寮年	三月	日	転帰(継続の場合)					
要 (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 (5) 年 月 日 治癒・中止・継続 (6) 年 月 日 治癒・中止・継続 (6) 年 月 日 治癒・中止・継続 (6) 年 月 日 治癒・中止・継続 (7) 1月目 円 3月目 円 3月目 円 4月目 円 5月目 円 6月目 円 6月目 円 6月目 円 7 5月目 円 7 5月目 円 6月目 円 7 5月目 1 7 5月 1 7		(1)	)				年	月	日	治癒・中止・継続					1
要 (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 (5) 年 月 日 治癒・中止・継続 (6) 年 月 日 治癒・中止・継続 (6) 年 月 日 治癒・中止・継続 (6) 年 月 日 治癒・中止・継続 (7) 1月目 円 3月目 円 3月目 円 4月目 円 5月目 円 6月目 円 6月目 円 6月目 円 7 5月目 円 7 5月目 円 6月目 円 7 5月目 1 7 5月 1 7		(2)	)				年	月	日	治癒・中止・継続					
否       (4)       年月日日治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治癒・中止・継続 治療・中止・継続 治療・中止・継続 治療・中止・継続 名有目       ※発行取り 3月目 円 3月目 円 6月目 円 3月目 円 8月目 円 6月目 円 8月目 円 8月目 円 8月目 円 8月日 日 1日日 日 8日日 8	要	(3)	)				年	月	日	治癒・中止・継続					
(5)	否	(4)	)						日	治癒・中止・継続					
R		(5)	)				年	月	日	治癒・中止・継続					
往療が必要な場合その理由	意	(6)	)				年	月	日	治癒・中止・継続					*
往療が必要な場合その理由	見	療養(治癒)見込期間													
往療が必要な場合その理由							- HH	1月	目	円 2月目		円	3月目	円	取
往療が必要な場合その理由	施						日間					円			扱
保健福祉(環境)事務所長 殿       指定施術機関(施術者)の所 在 地 及 び 名 称       同 意 年 月 日       指 定 医 療 機 関 名       所 在 地       医 師 氏 名       注 意 事 項 等       (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	術者	往療が必要な場合その理由								<u> </u>					者
保健福祉(環境)事務所長 殿       指定施術機関(施術者)の所 在 地 及 び 名 称       同 意 年 月 日       指 定 医 療 機 関 名       所 在 地       医 師 氏 名       注 意 事 項 等       (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	記													1	
保健福祉(環境)事務所長 殿       指定施術機関(施術者)の所 在 地 及 び 名 称       同 意 年 月 日       指 定 医 療 機 関 名       所 在 地       医 師 氏 名       注 意 事 項 等       (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	載														
指定施術機関(施術者)の所在地及び名称       同意年月日     年月日       指定医療機関名       所在地     地       医師氏名       注意事項等   (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	惻														
所在地及び名称       同意年月日     年月日       指定医療機関名       所在地       医師 氏名       注意事項等   (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)			保健福祉(環境)事務所長 殿												
同意年月日     年月日       指定医療機関名       所在地       医師 氏名       注意事項等 (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)															
指定医療機関名       所在地       医師同意       医師氏名       注意事項等       (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)		所在地及び名称													
医師同意     所在 地       医師氏名       注意事項等       (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)		同	意	年	月	日				年 月	1	日			
医 師 氏 名   (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)   注 意 事 項 等   (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	<del></del>	指	定医	療	機関	名									1
意       医       師       氏       名         注       意       事       項       (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	師	所		在		地									1
注 意 事 項 等 (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)	同意	医		i	氏	名									1
注意事項等		_					(施術に	・ 当 た	って	注音すべき車項竿があれ	げ記載して	くださ	(11) (任音)		-
※ 嘱 託 医 意 見		注	意	事	項	等	WEBDIC A CEW ) C サスサル ON VIORED C ( NCC V ) ( LEW)								
照 E 意 見	*														1
医 意 見	嗎   託														
	医音														Ð
	覚														

## (記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を必要とすることがあります。
- 2 「転帰(継続の場合)」欄は、6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、初療時(6か月を超えて療養を必要とする場合は7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 ※印欄は保健福祉(環境)事務所で記入するので、記載しないこと。