

(公印省略)

生福第 2062 号  
令和 3 年 2 月 12 日

指定医療機関 各位

大分市福祉事務所長  
後藤 剛

### 医療要否意見書等の押印不要について (通知)

生活保護法による医療扶助の実施につきましては、日頃からご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて今般の押印手続見直しの動きの中で、押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令(令和 2 年厚生労働省令第 208 号)が令和 2 年 12 月 25 日に交付・施行されました。それに伴い、生活保護法による医療扶助運営要領に定めている以下の様式については、指定医療機関等の押印等を不要とすることとなりましたので、ご確認いただきますようお願い申し上げます。

### 記

以下に示す様式について、押印を不要とします。※別紙資料を参考にしてください。

- ① 医療要否意見書
- ② 精神疾患入院要否意見書
- ③ 訪問看護要否意見書
- ④ 給付要否意見書(所要経費概算見積書)

#### <留意事項>

- ・上記①～④の様式については、システム改修の関係で、当分の間は「印」または「㊟」が表示された状態での出力となりますが、押印は不要です。

以上

大分市福祉事務所 生活福祉課  
医療担当班 檜木・佐野  
電話 097(537)5621 (班直通)

各様式の押印不要箇所についてお知らせします。

① 医療要否意見書

ケース番号 033584-01 地区名 志保 発行機番 1160		医療要否意見書 23398 入院外	
※ ① 内科 - 2 歯科		※ 1 新規 ② 継続(単・併)	
(氏名) 御中 昭和39年8月11日生		に際する3年2月1日以降の医療の要否について意見を求めます。 令和3年1月14日 大分市福祉事務所 印	
部 位	(1) 初診年月日 (2) 再診年月日 (3) 経過年月日	年 月 日	年 月 日
今後の要見込		観測状況備考 普通就労可・否 軽就労可・否 その他	
入院外 入院 入院	日 日 日	日 日 日	日 日 日
上記のとおり(1)入院外・(2)入院 添付を(1)要する・(2)要しない)と認めます。		令和 年 月 日 大分市福祉事務所長 印	
※ 発行年月日 年 月 日		※ 受理年月日 年 月 日	
※ 受理年月日 年 月 日		大分市福祉事務所長 印	
下記の通り請求します。		指定医療機関所在地及び名称 院(所)長又は明認者氏名 印	
請求 項目	初・再 点	検査(検査名)	円
請求 合計	円	※ 社会保障負担額	円
印			

○で囲った印もしくは印の箇所について、押印が不要となります。  
※押印した場合でも、各意見書は無効となりませんので、そのまま提出してください。

② 精神疾患入院要否意見書

ケース番号 032713-02 地区名 志保 発行機番 0140 指定医療機関		精神疾患入院要否意見書	
様式第16号		※ 1. 新規 { ① 現在入院中 ② 継続入院 (3年2月1日以降) }	
※ 福祉事務所名 大分市福祉事務所長		582 令和 年 月 日	
※ 患者氏名 (男) 〇	※ 生年月日 昭和 年 月 日生	※ 受理年月日 年 月 日	
※ 居住地	※ 発病年月日 年 月 日	現在の病状	
※ 患者の職業	※ 入院年月日 (入院形態)	又は状態像	
現在の入院形態	病 名	I 主たる精神障害 II 従たる精神障害 III 身体合併症	
※ 生活歴及び現病歴	精神科又は精神科受診歴等を含め記載すること。	I 入院外医療 II その他	
初回入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	I 医師上の問題 II その他	
前回入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	I 入院外医療 II その他	
初回から前回の入院回数	計 回	I 医師上の問題 II その他	
過去6か月間の病状又は状態像の変化の概要	I 悪化傾向 II 変動傾向 III 不要 IV 改善傾向	I 医師上の問題 II その他	
過去6か月間の外治の実績	I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし	I 医師上の問題 II その他	
現在の外出許可の状況	I 外出禁止 II 院内外出許可 (1) 単独 (2) 他者同伴 (3) 看護者、家族等同伴 III 院外外出許可 (1) 単独 (2) 他者同伴 (3) 看護者、家族等同伴	I 医師上の問題 II その他	
(注意) 1. 票の欄は福祉事務所が記入します。		※ 指定医療機関の所在地及び名称 (担当医師) 印	
2. 票の欄は福祉事務所が記入し、この患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する協賛第2条の付随入院の条件に該当すると認められた場合は票欄に記載してください。		※ 発行取捨者 印	
3. この意見書の最終的記入期限及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する協賛第2条の付随入院の条件に該当すると認められた場合は票欄に記載してください。		※ 審議会の判定	
4. 協賛第2条については、協賛開始後6か月以内に限り、「協賛第2条」欄の「1. 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費負担額を「2. 第2か月日以降3か月目まで」に、3か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費負担額を記入してください。		印	

③ 訪問看護要否意見書

訪問看護要否意見書

17635-01	397	※ 継続 ( 単 ・ 回 )	※ 受 年 月 日	年 月 日
※ (利用者氏名) ( 歳 ) に係る 3年 1月 1日からの看護の要否について意見を求めます。 御中 令和 3年 1月 6日 大分市福祉事務所				
主たる病名				※ 生 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	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			
上記のとおり訪問看護を ( 1 要する 2 要しない ) と認めます。 大分市福祉事務所長 様 年 月 日				
指定医療機関の所在地及び 指定医療機関の長又は開設者氏名				
※ 福祉事務所 嘱託意見	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 ( 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

※印の欄は福祉事務所にて記入します。 担当 : 0360

④ 給付要否意見書 (所要経費概算見積書)

給付要否意見書 (所要経費概算見積書)

1 治療材料	② 移送	017635-01	990	※ 取扱業者名
※ 1 新規 ② 継続 ※ 受 年 月 日 年 月 日				
※ ( 3年 1月 1日以降の ) (氏名) ( 歳 ) に係る				
1 治療材料 ② 移送の給付の要否について意見を求めます。 令和 3年 1月 6日 大分市福祉事務所				
要否意見 (療内記載欄)	病 名	病状の程度及び給付を必要とする理由		
給付内容	種 類	使 用 見 込 期 間 月 日		
移 送	限 額 区 間	治療に必要な通院頻度: 1か月に 日		
移送を要する見込期間: 月 日				
(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。 大分市福祉事務所長 様 年 月 日				
指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 印				
所要経費概算見積書 (取扱業者記載欄)	給付方法	品 名 ( 商 品 名 )	単 価	数 量
治 療 材 料	購 入			
料 費	合 計			
(治療材料) について、上記のとおり概算見積ります。 大分市福祉事務所長 様 年 月 日				
取扱業者の所在地及び名称 印				
(移送費概算等を記載)				
※ 取扱業者 印				

(記載注意) ※印欄は福祉事務所にて記入する。記載しないこと。