|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第４号（第２条関係） | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | ＊福 祉 事 務 所 | | | | |
| ケース番号 | | | | |  | | | |  |  |  |  |  | 受 理 年 月 日 | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| 保　　護　　変　　更　　申　　請　　書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ 在　宅　患　者 加 算 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |
| 沖縄市福祉事務所長　　様 | | | | | | | | |  |  | 年　　　月　　　日 | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  | 住　所 |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  | 世帯主 |  |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  | 氏　名 |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |
|  | | 下記のとおり、生活保護法による保護の変更を申請します。 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |
| 記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | 患者の氏名・年令 | | | | | （　　　歳） | | | | | | 世帯主との続柄 | | |  | |  | |
|  | 病　　　　　　　　名 | | | | | 結核・結核以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | ①　血清総淡白量　　　　ｇ／ｄｌ　　　　　　　②　Ａ／Ｇ比 | | | | | | | | | | |  | |
|  | 病状及び栄養状態 | | | | | ③　アルブミン　　　　ｇ／ｄｌ　　　　　　　　④　赤血球数　　　　万㎜ | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | ⑤　血色素量　　　　ｇ／ｄｌ　　　　　　　⑥　ヘマクトリット値　　　％ | | | | | | | | | | |  | |
|  | 療養の状況及び | | | | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | 主治医としての意見 | | | | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | 上記のとおり証明します。 | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | | 年 | | 月 | | 日 |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | 指定医療機関所在地及び名称 | | | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | 医　師　氏　名 | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | （注）　本証明の記入にあたっては、裏面を御参照下さい。 | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | ＜福祉事務所記入欄＞ | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |
|  | 地　区　担　当　員 | | | | | | | | 既承認期間（　　　　　　　年　　　　　月から） | | | | | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  |  | （承認期間　　　　　カ月） | | | | |  | |
|  | 嘱　　託　　医 | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | 年 | 月 | 日 | |  | |  | |
|  | の　　意　　見 | | | | | | | |  |  | 嘱託医　氏　名 | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| （裏） |  |
|  |  |
|  | （参　考） |
|  |  |
|  | 1　主として、慢性疾患指導管理料算定の対象となる疾患であって消耗性疾患が該当し |
|  | ます。 |
|  | 例：十二指腸潰瘍、肝硬変、結核、腎炎、臓器の悪性新生物、内分泌疾患、乳児 |
|  | 栄養障害、ネフローゼ、未熟児等 |
|  |  |
|  | ２　検査結果とは別に臨床的又は総合的に判断して栄養補給の必要性が有る場合は、 |
|  | 身長、体重その他の所見を具体的に記入してください。 |
|  |  |
|  | ３　なお、この証明は、指定医療機関医療担当規程（昭和２５年８月２３日厚生省告示 |
|  | 第２２２号）第６条に該当するものです。 |
|  |  |
|  | ＊指定医療機関医療担当規程第６条 |
|  | 「指定医療機関は、その診療注の患者及び保護の実施機関から生活保護 |
|  | 法による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたとき |
|  | は、無償でこれを交付しなければならない。」 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |