

平成31年 月 日

見積書

代表保険者 大分県市町村職員共済組合 御中

住 所 :

機関名 :

代表者 :

(機関番号 :

印

)

見積件名 : 特定保健指導業務委託

見積金額

支援区分	動機付け支援	積極的支援
支援コース名		
単 価(税込)	円	円
実施予定ポイント数		ポイント

*複数の金額設定がある場合は、代表的な支援コースの金額を記入する

動機付け支援の内容

提供	項目	支援時期 (週・日)	支援者資格	支援手法	支援時間 (分)	支援 ポイント (Pt)	内容(簡潔に記載すること)
<input type="checkbox"/>	初回面談	開始時		個別支援	20	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	実績評価	終了時 (3ヶ月後)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

積極的支援の内容

提供	項目	支援時期 (週・日)	支援者資格	支援手法	支援時間 (分)	支援ポイント(Pt)		内容(簡潔に記載すること)
						支援 A	支援 B	
<input type="checkbox"/>	初回面談	開始時		個別支援	20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	実績評価	終了時 (3ヶ月後)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

[記載要領]

提供の有無	提供無し(初期値)=□、提供=■
初回面談形態	「個別支援」もしくは「グループ支援」と記入
支援手法	「個別支援 A」「個別支援 B」「グループ支援」「電話 A」「電話 B」「電子メール A」「電子メール B」のいずれかを記入
初回面談者資格	「医師」「保健師」「管理栄養士」「看護師」
継続支援者資格	「医師」「保健師」「管理栄養士」「看護師」「専門的知識のある者」のいずれかを記入
6ヶ月後評価の方法	「面談」「電話」「メール」「郵便」「その他」のいずれかを記入