

在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
訪問看護関係請求書（平成 年 月分）

（償還払用）

平成 年 月 日

滋賀県知事 殿

請求金額 金 _____ 円

上記の金額を請求します。

（明細）

項目	医療機関・ 訪問看護ステーション等名	回数	単価	金額
訪問看護指示料				
訪問看護費用				
	-----	-----	-----	

受 給 者	氏名						
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性別	
	住所						

〒

申請者 住所

氏名

（印）（本人との続柄）

（電話 — —）

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義	-----	

在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
訪問看護関係証明書（平成 年 月分）

（償還払用）

平成 年 月 日

〒

医療機関 住 所

訪問看護ステーション等医療機関名

代 表 者

印

下記のとおり、訪問看護指示料・訪問看護費用の証明をします。

患 者	氏 名						
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性 別	
	住 所						

訪問看護指示料（明細）

指示書発行日	指示先の訪問看護ステーション等名	金 額
平成 年 月 日		円

訪問看護費用（明細）

訪問看護実施日	回 数	単 価	請 求 金 額
	回	円	円

※ 「診療報酬対象外の訪問看護にかかる主治医の訪問看護指示書」および「訪問看護計画書（診療報酬対象分と対象外の分を含む訪問看護計画書）」を添付すること。