様式４

在宅重症難病患者一時入院事業退院報告書

　　年　　月　　日

滋賀県知事　様

医療機関名

 発行責任者・ 氏名（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）

担当者

　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先電話番号

　（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　について、

　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで

　　　　　　(入院期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　)

　　　　　　　※事業実施機関と同じ場合は入院期間の記入は省略可

重症難病患者一時入院事業を実施しましたので報告します。

様式５

　　　　年度滋賀県在宅重症難病患者一時入院受入体制整備事業費請求書

　　　　　　　　　金　　　　　　　　　円

　　　　　　（一時入院受け入れ件数：　　件分）

　年　月　日に締結した　　　年度滋賀県在宅重症難病患者一時入院受入体制整備事業運営業務委託契約書第5条により請求します。

　　年　月　日

滋賀県知事　　様

 所在地

 病院名

 代表者名

　　　　　　　　　発行責任者・ 氏名（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）

担当者

連絡先電話番号