

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（ 年 月分）

（償還払用）

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				
合 計	-----	-----	-----	

受 給 者	氏 名			
	生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
	住 所			

〒

申請者 住所

氏名

（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		

注 第6号様式「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」を添付すること。

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（ 年 月分）

（償還払用）

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

発行責任者 氏名

連絡先 - -

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	大・昭・平・令 年 月 日
	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。