

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

訪 問 看 護
ステーションコード

下記のとおり請求する。
年 月 日

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
開設者氏名

	保 険 給 付 別		件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別		件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑥ 障 が い 者	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別		件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑨ ひ と り 親	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。