

平成 年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4 0     殿

訪 問 看 護  
ステーションコート

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーションの  
所在地及び名称  
開設者氏名

平成 年 月 日

㊞

	保険給付 割合別		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
	請求	*決定						
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 割合別		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
	請求	*決定						
⑥ 障 害 者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
割	請求							
	*決定							

	保険給付 割合別		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
	請求	*決定						
⑨ ひ と り 親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
割	請求							
	*決定							