

令和 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

令和 年 月 日

印

	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						