

外科後処置費用支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名) -----殿 下記の外科後処置費用の支給を受けたいので申請します。		申請年月日 令和 年 月 日	(申請者の住所) ----- (氏 名) -----
1 (所属部局)		3 (生年月日) 年 月 日生	
2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 () <input type="checkbox"/> 非常勤		4 福祉事業の実施 の承認年月日	令和 年 月 日
※5 医 師 等 の 証 明	薬 剤	(薬名及び使用量)	円
	治 療 材 料	(材料及び数量)	円
	温 泉 療 法	(期間)	円
	<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> は り <input type="checkbox"/> き ゅ う	(期間及び回数)	円
	そ の 他		円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 病院又は診療所等の { 所在地 名 称 医師等の氏名			
6 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「10訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
7 移 送 費	(交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	(その他の移送費)		円
8 日 当	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		円
9 外科後処置費用支給申請額			円
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
 2 「6看護料」及び「7移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
 3 「5医師等の証明」欄の記入又は2号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師等又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

※10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)																																		
傷病名		(訪問看護期間)																																		
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回																																		
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日 年 月 日																																		
	准看護師	主治医への直近報告年月日 年 月 日																																		
円 × 回 円	円 × 回 円	訪 問 日																																		
		<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	2	3	4	5	6	7																														
8	9	10	11	12	13	14																														
15	16	17	18	19	20	21																														
22	23	24	25	26	27	28																														
29	30	31																																		
管 理 療 養 費	初 日	円																																		
	2回目以降 回	円																																		
情報提供		提供した情報の概要																																		
療 養 費	円	情報提供先の市(区)町村の名称																																		
ターミナルケア		円 (備 考)																																		
療 養 費	死亡年月日 年 月 日	円																																		
合 計		円																																		
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名																																				
医療機関の名称																																				
主治医氏名																																				
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。																																				
令和 年 月 日																																				
訪問看護事業者の																																				
<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">}</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td>代表者氏名</td> </tr> </table>				}	所在地	名 称	代表者氏名																													
}	所在地																																			
	名 称																																			
	代表者氏名																																			