４号 紙



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊ 1 2 訪問看 護 事 業者の証 明 | | | （職員氏名） | |
| 傷病名 | | |
| （訪問看 護期 間）  令和 年 月 日か ら  令和 年 月 日ま で  訪 問 看護の 回数 回 | |
| 傷病の経過 | | |
| 基 本 療 養 費  (Ⅰ)  (Ⅱ) | 保健 師、助産 師、 看護 師、 理 学 療法士、 作業 療法 士  円 × 回 円 円 × 回 円  准 看 護 師  円 × 回 円 円× 回 円  加算 円 × 回 円  （ 時 間 ） 円 | |
| 指 示 期 間 | 指 示 期 間  令和 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| （特 別指 示期 間）  令和 年 月 日 から 年 月 日 まで |
| 主治医への直近報告年月日 令和 年 月 日 | |
| 訪問日  １ ２ ３ ４ ５ ６ ７  ８ ９ 1 0 1 1 1 2 1 3 1 4  1 5 1 6 1 7 1 8 1 9 2 0 2 1  2 2 2 3 2 4 2 5 2 6 2 7 2 8  29 30 31 | |
| 管 理 療 養 費 | 管理 療養費  円 ＋ 円 × 日 円 管 理 療養費の 加算  円  円 | |
| 情報 提供 療 養 費 | | 円 | 提供した 情報 の概 要 | |
| 情報提供 先の 市区 町村名 | |
| ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ  療 養 費 | | 円 死亡年月日 令和 年 月 日 | （備 考 ） | |
| 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。（この欄の記入は、訪問看護を行った訪問看護  事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。） 令和 年 月 日  所 在 地  訪問 看護 事業 者の 名 称  代表 者氏 名 | | | | |