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 ７８ ９ 1 0 1 1 1 2 1 3 1 41 5 1 6 1 7 1 8 1 9 2 0 2 12 2 2 3 2 4 2 5 2 6 2 7 2 829 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  |