

令和 年 月 日

（福）名古屋市福祉給付金支払請求書
(訪 看)

県番号		表別	訪問看護ステーションコード
2	3	6	

(宛先) 名古屋市市長
訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者等氏名
電 話

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

金 額	円
-----	---

請求総件数 件分 枚の内
枚 目

番号	受番	給 者	証号	氏 名	外来	一部負担金	総金額	加入保険		備 考
								国保	社保	
1					2			1	2	
2					2			1	2	
3					2			1	2	
4					2			1	2	
5					2			1	2	
6					2			1	2	
7					2			1	2	
8					2			1	2	
9					2			1	2	
10					2			1	2	
11					2			1	2	
12					2			1	2	
13					2			1	2	
14					2			1	2	
15					2			1	2	
16					2			1	2	
17					2			1	2	
18					2			1	2	
19					2			1	2	
20					2			1	2	
21					2			1	2	
22					2			1	2	
23					2			1	2	
24					2			1	2	
25					2			1	2	
計				件		円	円			

3 2 1 加入保険は該当する数字（後期は国保）を○で囲んでください。
備考欄に月遅れ請求分の診療年月を記入してください。
一部負担金と総金額の両方を必ず記入してください。
4 自己負担の割合が3割の方は備考欄に「3割」、2割の方は備考欄に「2割」と記入してください。