

小児慢性特定疾病療養証明書

患者氏名		公費負担者番号	5	2	1	1				
病名		受給者番号								X
受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									

訪問年月	日数	訪問看護療養費に係る 指定訪問看護費用の総額	患者負担額	公費負担額 (この欄は記入しないでください。)
年 月	日	円	円	円
年 月	日	円	円	円
年 月	日	円	円	円
年 月	日	円	円	円
年 月	日	円	円	円
年 月	日	円	円	円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

訪問看護ステーション
 名称
 所在地
 代表者名
 電話番号
 担当者名
 ステーションコード (7桁)

(注) 受給者証の有効期間かつ対象疾病に係る訪問看護について記入してください。