　（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (請求医療機関) 所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　遷延性意識障がい者治療研究費請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　　月分）

　　　　　　　遷延性意識障がい者治療研究費を次のとおり請求します 。

　　　　　　　　　　　　　　請求額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 対象患者氏名 | 承認  番号 | 介護費 | | 褥瘡予防費 | | 医療費 | | 治療研究  事務費 | 治療研究  費総額  （計） |  |
| 日数 | 金　　　額 | 日数 | 金　　　額 | 総医療費 | 自己負担額 |
|  |  | 日 | 円 | 日 | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　〔振　込　先〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 金融  機関 | 銀行　　　　　　支店 | 口座  番号 | 普通　・　当座 | 名  義  人 |  |  |

　注１．対象患者に係る診療報酬明細書（写）を添付すること。

　　２．医療費の自己負担額は、実施要綱別表により算出した額を記入すること。