

令和 年 月分 公害訪問看護報酬請求書（訪問看護ステーション用）

区 分	件 数	金 額
請 求 額		円
* 決 定 額		円

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

ステーションコード

公害医療機関 所在地
名 称

開設者の氏名又は名称

⑨

吹 田 市 長 あ て

注意 * 印の欄は記入しないこと。