（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。