

様式 12

内 容 証 明 書			
申 請 者	治 療 材 料	治 療 材 料 名	
		指 定 業 者 名	
		適 合 検 査 年 月 日	年 月 日
記 載	看 護	看 護 の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
		看 護 料 日 額	円
		看 護 師 等 の 種 別	(看 護 師 等 免 許 番 号)
欄	費 用	区 間	
		方 法	
		移 送 額	一回片道 円 回数 回
欄	費 用	総 額	円
		社 会 保 険 等 負 担 額	円
		自 己 負 担 額	円
		差 引 金 額	円
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定育成医療機関所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">(電話番号 — —)</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 科</p> <p>長岡市長 様</p>			

[注] 治療材料費を支給申請するときは、製作者の受領書を添付のこと。