別記第１号様式

新潟県在宅難病患者看護力強化事業補助金交付申請書
（兼実績報告書）

（元号）　　年　　月分

（元号）　　年　　月　　日

新潟県知事　様　（県健康づくり支援課宛）

交付を申請します

下記のとおり新潟県在宅難病患者看護力強化事業補助金の

実績を報告します

申請者	住　　所	□□□－□□□□
	ステーション名 及び 事業者名 代表者名	
	電話番号	（市外局番　　）　　局－

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円を別添訪問看護指示書及び受領書のとおり請求します。

振込先

相手方コード※											
支払先金融機関名	銀行名　　銀行　　支店										
口座番号	普通　・　当座（○で囲む）　口座番号										
口座名義人											

請求内訳一覧

患者名・居住地	疾患名・認定番号	サービス年月日	サービス時間	時　間	金　額
			自　時　分 至　時　分		
			自　時　分 至　時　分		
			自　時　分 至　時　分		
			自　時　分 至　時　分		

注１　提出は実績月の翌月の１５日迄に提出してください。

２　患者居住地は市町村名のみの記入でよいです。