

遷延性意識障害者治療研究事業費請求書

年 月 日

治療研究機関 名称  
 長の氏名  
 (主治医氏名 )

宮城県知事 殿

記

1 治療研究実施状況

NO	承認番号	患者氏名	患者・家族支援費		褥瘡予防費		受療助成費 (円)			記事 (異動)
			日数	金額 (円)	日数	金額 (円)	医療費等	食事代	計	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

※ 重度心身障害者医療費の対象者は、NOを○で囲んでください。

2 治療研究費請求額 金 \_\_\_\_\_ 円也

内訳

患者・家族支援費 (@2,500円)			褥瘡予防費 (@400円)			受療助成費		治療研究事務費	
対象 人員	合計研 究日数	金 額	対象 人員	合計研 究日数	金 額	対象 人員	金 額	対象 人員	金 額
人	日	円	人	日	円	人	円	人	円
(記事)									

3 振込先口座指定

振込先銀行名等 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店

預金種目 \_\_\_\_\_ 普通 当座 (該当を○で囲む)

口座番号 \_\_\_\_\_

フリガナ

受取人氏名 : \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

(記載上の注意)

- (1) 本書は、治療研究実施月毎に作成し、翌月の15日までに提出してください。
- (2) 既報告・請求分の修正に係る場合は、「2」の記事欄にその旨を記載し、患者名及び金額等は、増減(減の場合は△数字)分のみ記載してください。
- (3) 「3 振込先口座指定」の欄中、「受取人氏名」欄は、口座開設の団体名等も含めてお書きください。
- (4) 交付金の振込があった場合は確認の上、減額査定があった時は、本書の控にメモし後日の実績報告に備えてください。

(事務担当者) 所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_