

(様式第3号)

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護指示料請求書(年 月分)

請求金額 円

請求内訳

指示書発行日	対象患者名	指示先の訪問看護ステーション等医療機関名	金額

上記の通り請求します。なお、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

栃木県知事 様

請求者 住 所

医療機関名

(氏 名)

(押印省略する場合)発行責任者氏名:

発行担当者氏名:

電話番号:

振込先 医療機関	銀行						支店	
	当座	口座番号						
	普通							
フリガナ 口座名義								