（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）

| 振込先 | 銀行 | | 支店 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関 | 当　座<br>普　通 | 口　座<br>番　号 | | | | | | | |