

(様式第4号)

在宅人工呼吸器使用患者支援事業  
訪問看護費用請求書(            年            月分 )

請求金額                      円

請求内訳

対象患者名	訪問看護実施日及び 訪問看護従事者(職種)	総回数	単価	請求金額

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 普通	口座 番号						
	フリガナ 口座名義							