（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）

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