

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（訪問看護事業）訪問看護指示料請求書

（ 年 月分）

請求金額

円

請求内容

指示書発行日	対象患者名	提示先の訪問看護 ステーション等医療機関	請求金額
合 計			

上記のとおり請求します。

年 月 日

栃木県知事

様

請求者 住 所

名 称

代表者名

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名 (支店等名)	
	・ 普 通 ・ 当 座	口座 番号
	フリガナ 口座名義	