様式第５－３－２号

小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（訪問看護事業）訪問看護費用請求書

（　　年　　月分）

請求金額　　円

請求内容

対象患者名	訪問看護従事者（職種） 訪問看護実施日	単価	総回数	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		