様式　５

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記のとおり請求します。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

　　　千葉県知事　様

請求者 住　　　　 所

医療機関名

代 表 者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振　込  口　座 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | |
| 普通No. | | 当座No. |
| ふりがな  氏　名 |  | |