（様式第３号）

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－ション等医療機関名 | 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 |