**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） | 単価 | 総回数 | 請　求　金　額 |
| 訪問看護実施日 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 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 |  |