

様式6

宮城県在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護費用請求書(年 月分)

請求金額 円

請求内訳

対象患者名	訪問看護実施日	総回数	単価	請求金額

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

宮城県知事 殿

請求者 住 所

訪問看護ステーション等医療機関名

管理者氏名 印

振込 口座	銀行 支店	
	口座番号	普通 当座
	ふりがな 口座名義	