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 |  |