

様式3号

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護費用請求書(令和 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、支払金額については下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

兵 庫 県 知 事 様

請求者 ※すべての欄に必ず記入してください。

住 所 〒 -

医療機関名

(氏 名)

電 話 番 号 ()

電子メールアドレス

(担当者氏名)

連絡先

振込先 ※口座の名義は、請求者と同じにして下さい。

フリガナ 口座名義			
金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・農協		支店
預金種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	

(注) 口座の名義は、請求者と同じにして下さい。