様式２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（令和　　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ーション等医療機関名	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	

※訪問看護ステーション等医療機関確認欄

上記指示料請求書については、当訪問看護ステーション等医療機関が在宅人工呼吸器使用患者支援事業を実施するにあたっての訪問看護指示料であることを確認しました。

令和　　年　　月　　日

訪問看護ステーション等医療機関名

住所

管理者

電話番号

電子メールアドレス

※　在宅人工呼吸器使用患者支援事業に係る訪問看護指示料を請求される医療機関は、必ず訪問看護ステーション等医療機関において確認の上、請求してください。

なお、別途訪問看護ステーション等医療機関が訪問看護費用を請求する際に併せて訪問看護ステーション等医療機関が本請求書を提出いただいても結構です。