

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	日数	総回数	単価	請求金額

上記の通り請求します。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

群馬県知事 へ

請求者 住 所

医療機関名

(氏 名)

印

振込先	銀行		支店	(ふりがな) 口座名義人・法人
	医療機関	当座 普通		口座 番号

- 注意事項 ① 請求者は口座名義人（又は法人）と同一にして下さい。
② 訪問日、訪問回数、訪問者等がわかる書類を添付してください。