様式　６

**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　　　　　　　　　あて

　請求者　 住　 　所

　　　　　 　　医療機関名

　　　　　　 　（氏　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先  医療機関 | 銀行 | | 支店 | | | | | | | （ふりがな）  　口座名義人・法人 |
| 当座 | 口　座  番　号 |  |  |  |  |  |  |  | （ 　　　　 ） |
| 普通 |

　 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。