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。