様式 5

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（　　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、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

年　　月　　日

千葉県知事 様

請求者 住　　所
医療機関名
代 表 者名　　印

<table>
<tr><td rowspan="3">振　込
口　座</td><td colspan="3">銀行　　支店</td></tr>
<tr><td colspan="2">普通 No.</td><td>当座 No.</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>