

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	回数	単価	請求金額

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

振 込 口 座	銀行		支店
	普通 No.	当座 No.	
	ふりがな 氏 名		