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	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

振込口座	銀行　　支店		
	普通 No.	当座 No.	
	ふりがな 氏　名		