様式第５号

　　　 　　 在宅人工呼吸器使用患者支援事業

　　　 　訪問看護費用請求書（令和　　年　　月分）

請求金額　　　　　　　　　　　　円

請求内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象患者名 | 訪問看護実施日 | 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。

　　令和　　　 年　　　月　　　日

徳　島　県　知　事　　殿

請求者　　住　　　所

名　　　称

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀　　行  　　　　 信用金庫 　 　　　　支　店  　　　 組　　合 | | |
| 預金の種類 | １　普通預金  　 ２　当座預金 | 口座番号 |  |
| 口　座　名　義　人  （カタカナで記入） |  | | |

発行責任者及び担当者　※本請求書の押印を省略する場合のみ記入してください。

　発行責任者　　　　　　　（連絡先　　　- - ）

担当者　　　　　　　　　（連絡先　　　- - ）