様式５号（第10条関係）

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 | 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

福　岡　県　知　事　　殿

請求者　住　　　所

医療機関名

（氏　名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振 込 先医療機関 | 銀行 | 支店 |
| 当　座 | 口　座番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 普　通 |