

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)

1 請求金額 円

2 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

(宛先)

埼玉県知事

請求者 住 所 : 〒

訪問看護ステーション等医療機関の名称 :

氏 名 :

振込先

振込先	銀行							支店	普通・当座
口座番号									
口座名義 (カタカナ)									