様式第７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 （　　年　　月分）

１　請求金額　　円

２　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）								