様式　7

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）

請求金額　　円

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

群馬県知事　　あて

請求者　　住　　所

医療機関名

（氏　名）　　印

<table>
<tr><td rowspan="3">振 込 先

医療機関</td><td colspan="2">銀行</td><td>支店</td><td>（ふりがな）
口座名義人・法人</td></tr>
<tr><td>当座</td><td rowspan="2">口　座
番　号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td>普通</td></tr>
</table>

注意事項　①　請求者は口座名義人（又は法人）と同一にして下さい。