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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  振 込 先 医療機関 |  銀行 |  支店 |  　　（ふりがな）　口座名義人・法人 |
|  当座 |  口　座 番　号 |  |  |  |  |  |  |  | （ 　 　　　 ） |
|  普通 |

　 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。