（第４号様式）

**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

 香川県知事 殿

請求者（事業者） 所　在　地

　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　代表者職氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 銀行 | 支店 |  |
| 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 普通 |

責任者職氏名

担当者職氏名

連　絡　先