

(第3号様式)

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 (令和〇年〇月分)

請求金額

3,000 円

下記請求金額の合計額
を記載してください。

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	請求金額
〇/〇	香川 太郎	訪問看護ステーションかがわ	3,000 円

1月に1回に限り請求
することができます。

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。

令和〇年 〇月 〇日

香川県知事 殿

請求者 (開設者) 所在地 高松市番町4丁目1-10
名称 医療法人社団 けんちょう
代表者職氏名 理事長 高松 一郎

振込先 医療機関	〇〇 銀行		〇〇 支店						フリガナ 口座名義
	当座 普通	口座番号	0	0	0	0	0	0	イリョウホウジンシャダン けんちょう 医療法人社団 けんちょう

責任者と担当者が同一人物
であっても差し支えあり
ません。(法人代表者と
同じでも可)
連絡先は原則固定電話と
してください。

責任者職氏名 院長 丸亀 次郎

担当者職氏名 会計係 坂出 三郎

連絡先 087-832-3272