

堺市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 | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|----|--|--|---|--|--|---|

（内 訳）

| 対象患者氏名 | 訪問看護実施日 （診療報酬とは別に行う分） | 総回数 | 単 価 | 金 額 |
|--------|--------------------------|-----|-----|-----|
| | | 回 | 円 | 円 |
| | | 回 | 円 | 円 |
| | | 回 | 円 | 円 |
| | | 回 | 円 | 円 |

訪問看護ステーション等の名称（ ）

堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱第8条第1項の規定により、上記の金額を請求します。
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

堺市長 殿

請求者
所在地 〒
名 称
氏 名

電話番号（ ） —

（送金用振替口座）

| | | | | |
|---------------|---------|-------|------|----|
| 金融機関名 | 銀行・農協 | | | 支店 |
| | 信金・信組 | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 記号・番号 | | |
| フリガナ 口座名義人 | | | | |
| 預金種別 | 1 普通・総合 | | 口座番号 | |
| | 2 当座 | | | |