

様式第8号

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 )

年   月   日

愛知県知事 殿

請求者 住          所

医療機関名

氏          名

下記のとおり請求します。なお、支払金額については下記の口座に振り込んでください。

請求金額	金                  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

振込先

フリガナ 口座名義			
金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・農協		支店
預金種別	普通・当座・その他 (          )	口座 番号	

(注) 診療報酬の対象となる訪問看護費用については、診療報酬から支払われるため、本事業では請求できませんので、必ず診療報酬とは別に行う分についてのみ記載してください。