

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)

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

指示書発行日	対象患者	指示先の訪問看護ステーション 医療機関名	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の指示書の指示料は、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のみについて記載してください。