**在宅人工呼吸器使用患者支援事業訪問看護費用請求書**

**（令和　　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 |
|  | （別紙のとおり） |  | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 |

上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。

　　令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長宛

請求者 住　　　所　　〒　　　－

医療機関名

（氏　 名）

電話番号　　　　　（　　　　）　　　　　　　※ **電話番号は必ず記入**して下さい。

振込先　　※**口座の名義は、請求者と同じ**にして下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （カナ）  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）**口座の名義は、請求者と同じ**にして下さい。

※　債権者登録制度は廃止されましたので、お手数ですが全ての欄にご記入ください。