**在宅人工呼吸器使用患者支援事業訪問看護指示書料請求書**

**（令和　　年　　月分）**

請求金額　　　　　　　　　　　円

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 | 金　　額 |
|  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |

* 訪問看護ステーション等医療機関確認欄

|  |
| --- |
| 上記指示料請求書は、当訪問看護ステーション等医療機関が在宅人工呼吸器使用患者支援事業の訪問看護指示料であることを確認しました。  　令和　　年　　月　　日  訪問看護ステーション等医療機関名  管理者 |

※１　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。

※２　在宅人工呼吸器使用患者支援事業訪問看護指示料を記載する医療機関は、必ず訪問看護ステーション等医療機関のサイン・押印の上、請求してください。なお、訪問看護ステーション等医療機関が訪問看護費用を請求する際に併せて本請求書を提出いただいても結構です。