

福岡市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)

請求金額	
------	--

(金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。)

【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
当 月 分 合 計 発行件数 × 3,000 円			

上記の通り請求します。なお、支払金額は福岡市登録口座に振り込んでください。

年 月 日

(あて先) 福岡市長

(請求者) 所 在 地
医療機関名
代 表 者 名

※ 福岡市に2つ以上の口座を登録されている方等は、以下に振込を希望する口座をご記入ください。

金 融 機 関 名	銀行						本店 支店
預 金 種 別	普通 ・ 当座		口座番号				
口 座 名 義 (カ ナ)							

注： 口座名義等の記入にあたっては、必ず預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。

(留意事項) ※ この請求書は、訪問看護ステーション等医療機関が1か月分を取りまとめのうえ請求してください。