

**福岡市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)

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】**

対象患者名	総回数	単価	請求金額
当 月 分 合 計			

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。