

宮城県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 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

上記のとおり請求します。なお、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

宮城県知事

殿

請求者 住 所

医療機関名

管理者氏名

印

振込 口座	銀行		支店
	口座番号	普通 当座	
	ふりがな 口座名義		