（第２号様式）

**京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業**

**訪問看護指示料請求書（　　　　年　　月分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（内税）

※　金額の先頭に「￥」等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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記のとおり請求します。

　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　京都市長宛

（請求者）　住　　所

　　　　　　医療機関名

　　　　　 （氏　名）