**奈良県医療的ケア児等在宅レスパイト（一時預かり）事業　請求書**

請求金額　　　　　　　　　　　　円

　　　　　上記のとおり請求します。

〔添付書類〕

・奈良県医療的ケア児等在宅レスパイト（一時預かり）事業利用実績一覧票（総括票）

・奈良県医療的ケア児等在宅レスパイト（一時預かり）事業利用実績一覧票（個人票）

　・訪問看護実績報告書の写し

・訪問看護記録Ⅱの写し（本事業の利用日に医療保険等その他の助成制度の適用対象となる訪問看護を行っている場合）

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　請求者　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関 | 金融機関名  (支店等名) |  | |
| ・普　通  ・当　座 | 口座  番号 |  |
| 口座名義 |  | |