在宅難病患者一時入院事業　請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |

＜請求内訳＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象患者名 | 一時入院日数 | 請求金額 |
|  | 日 | 円 |
|  | 日 | 円 |
|  | 日 | 円 |

上記の金額を請求します。当該請求金額は下記の口座にお振り込みください。

　　　　　　年　　　月　　　日

石川県知事　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請　求　者 | 住　　所 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 振　込　先 | 金融機関 | 　　　　　銀行　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義( ｶ ﾅ ) |  |