様式

在宅難病患者一時入院事業請求書

年　　月　　日

請求金額　　円

次により、請求します。

請求内訳

対象患者名	一時入院期間	日数	単価	請求金額

愛媛県知事　様

請求者（一時入院医療機関）

所在地

医療機関名

開設者　　印