

請求書

- 次のとおり、 こども医療費医療費 ・ 手数料
 ひとり親家庭等医療費 ・ 手数料 を請求します。
 重度心身障害者医療費 ・ 手数料

請求金額（医療費） _____ 件

--	--	--	--	--	--	--	--

円

請求金額（手数料） _____ 件

--	--	--	--	--	--	--	--

円

※請求金額欄には、¥1, 100のように金額の先頭に¥を記入してください。

朝霞市長 宛

令和 年 月 日

所在地・住所

名称・代表者名

電話番号



