

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） 3 件

		¥	1	1	1	0	0	円
--	--	---	---	---	---	---	---	---

請求金額（手数料） 3 件

				¥	3	3	0	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 朝霞市本町○-○-○

名称・代表者名 ○○接骨院 朝霞 太郎 印

電話番号 ○○○-○○○○-○○

