請求書

　　 　 年　　　 月分として

□　こども医療費・手数料

次のとおり、□　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(一般分)・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

　年　　　　月　　　日

所在地・住所

名称・代表者名

電話番号