

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

