

請求書

令和 ○ 年 ○○ 月分として

該当する月を記入してください。
※1枚で複数月の請求はできません。

- 次のとおり、 こども医療費・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(一般分)・手数料

請求金額 (医療費)

8 件

			¥	1	0	6	1	0	円
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---

請求金額 (手数料)

8 件

					¥	8	8	0	円
--	--	--	--	--	---	---	---	---	---

現物給付明細書(様式第6号)の合計額・件数を記入してください。

※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 ○○整骨院 朝霞 太郎



電話番号 048-46×-××××