

スモン施術研究謝金請求書

(年 月分)

請 求 額	十 万	万	千	百	十	円
-------	-----	---	---	---	---	---

(請求内訳)

	患 者 氏 名	回 数	単 価	※ 請 求 金 額				
				万	千	百	十	円
鍼 通 電 方 式		回	300 円					
			300 円					
			300 円					
合 計								

上記のとおり請求いたします。なお、支払金額は、下記の振込口座にお振込みください。

年 月 日

大阪府知事 様

請求者 住 所
氏 名

振 込 先 金 融 機 関	銀行		本店	() 預金
	()	信用金庫	() 支店	
口座番号	口座名義		フリガナ 漢字	

(注) 提出時には「スモンに対する鍼通電研究報告書」を必ず添付してください。

請求書提出先

大阪府健康医療部保健医療室地域保健課難病認定グループ

〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目

電話 06-6941-0351 (内線)2546