

スモン施術費請求書

	百万	十万	万	千	百	十	円
施術費							

年 月分から 年 月分(カ月分)のスモン施術費を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り込みください。

年 月 日

大阪府知事 様

請求者 住 所

氏 名
(自署又は記名押印)

(受給者氏名)
(受給者番号)

振込先 金融機関	() 銀行 信用金庫		() 本店 支店	() 預金
	口座 番号		口座 名義	フリガナ 漢字

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