

スモン施術費請求書（委任払用）

施術費	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

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

（施術所）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 （ ）	本店 （ ）	（ ） 預金
	信用 金庫	支店	
	口座 番号	口座 名義	フリガナ 漢字

委 任 状

私は、別添スモン施術証明書の施術を行った施術所「 \_\_\_\_\_ 」  
を代理人と定め、大阪府知事から受けるスモン施術費の受領方を委任いたします。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

（自署又は記名押印）

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 大阪府中央区大手前2丁目  
電話 06-6941-0351（内線）2525