

スモン施術費請求書

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

氏 名

Ⓜ

〔 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