

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

Ⓜ

〔 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

Ⓜ

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)2525