

スモン施術費等請求書						
施術費	百万	十万	万	千	百	十 円
<p>年 月分から 年 月分( カ月分)のスモン施術費等を上記のとおり請求いたします。</p> <p>なお、支払金額は、下記の振込口座にお振り込みください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>大阪府知事 様</p> <p style="text-align: center;">請求者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">受給者氏名</p> <div style="text-align: center; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 20px;"> <p>受給者番号</p> </div>						
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 大阪府中央区大手前2丁目  
 電話 06-6941-0351 (内線)6397

※請求については、なるべく速やかにお願います。請求の最終締め切りは、施術等のあった月の属する年度の翌年度の4月15日までです。(年度は、4月1日～3月31日を1年度とします)