

朝霞市

請求書

手数料

年 月分として、

こども医療費

下記のとおり、 ひとり親家庭等医療費 を請求します。

重度心身障害者医療費(一般分)

件

請求金額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

円

※金額欄は、¥1,100のように頭部に¥を記入してください。

朝霞市長 宛

年 月 日

所在地

名称

電話番号

代表者名

印

※医療機関関係コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(市提出用)