

- 重度心身障害者医療費
- ひとり親家庭等医療費
- 乳幼児医療費
- 子ども医療費（小・中学生）

請 求 書（手数料）

年 月 日

和 光 市 長 様

所 在 地

名 称

電話番号

代表者名

印

- 重度心身障害者医療費
  - ひとり親家庭等医療費
  - 乳幼児医療費
- 下記のとおり  子ども医療費（小・中学生） を請求します。

※ 該当する医療費の口にチェック（レ）を入れ、医療費ごとに作成をお願いします。

\_\_\_\_\_ 年 月 分 ① \_\_\_\_\_ 件

請 求 金 額 （①×110円）

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

円

※ 金額欄は、¥1,000のように頭部に¥を記入してください。