

- 重度心身障害者医療費
- ひとり親家庭等医療費
- 子ども医療費

## 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

- 下記のとおりに  重度心身障害者医療費  ひとり親家庭等医療費  子ども医療費 を請求します。

※ 該当する医療費の□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。