

- ☐ 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□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。