

- 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（医療費）

年 月 日

和光市長様

所在地

名称

電話番号

代表者名

- 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

下記のとおり

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 \_\_\_\_\_件

請求金額

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

円

※ 金額欄は、¥1,000のように頭部に¥を記入してください。