

請 求 書

香南市長 様

円

但し、

☐ 健康保険適用分の一部負担金

☐ 保険外併用療養費

☐ 特定療養費

☐ 療養費

☐ 訪問看護療養費

☐ ()

について上記のとおり請求いたします。

年 月 日

住 所 香南市 町 番地

氏 名

フリカナ 口座名義人	種 別	金融機関名	支 店 名	口 座 番 号

18歳未満の障害福祉医療費助成制度受給者は、保護者の口座をご指定できます。