下記のとおり　　に要した費用を請求します。

年　　月　　日

居住地

氏名（本人）　　　　　　　　㊞

土佐清水市福祉事務所長　様

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認番号 |  | 承認月日 |  |
| 請求額 |  |
| 年月日 | 金額 | 年月日 | 金額 | 年月日 | 金額 |
|  | 円 |  | 円 |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 指定医療機関担当医氏名施術業者氏名 | ㊞㊞ |

（備考）１　治療材料費を請求するときは，業者の請求書を添付すること。

２　不要の文字は，抹消すること。