**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業（一時入院支援事業）委託料請求書**

請求金額　　　　　　　　　　　　円

　　○請求内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患　者　名 | 単　　価 | 利用日数 | 請　求　金　額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　　　　　計 |  |  |  |

　　上記のとおり請求します。

〔添付書類〕　一時入院支援事業 利用決定通知書兼利用券（様式第２号）の写し

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　栃木県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　請求者　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 金融機関名(支店等名) |  |
| ・普　通・当　座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |