

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	
	フリガナ 口座名義		