**小児慢性特定疾病児童等家族支援事業委託料請求書**

請求金額　　　　　　　　　　　　円

　　　　　上記のとおり請求します。

〔添付書類〕　利用実績一覧票（総括票）（様式第8-1-1号）

　　　　　　　　　　　　　利用報告書（個人用）（様式第8-1-2号）

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　栃木県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　請求者　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |