

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<br>金 融 機 関 | 金融機関名<br>(支店等名) |            |  |
|                  | ・ 普 通<br>・ 当 座  | 口 座<br>番 号 |  |
|                  | フリガナ<br>口座名義    |            |  |