　　　　年　　月　　日

請求書

三宅町長　殿

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の診療にかかる医療費助成金を請求します。

記

受 給 者 氏 名：

受 給 者 番 号：

診 療 期 間：

請　求　金　額：

【振込先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 銀行　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | 普通　　　・　　　当座　　　・　　　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  |