

様式第2号

請求書（医療費）

年 月 日

千葉県知事

様

所在地

施設名

（医療機関名）

代表者氏名

印

次のとおり請求します。

金	百万	十万	万	千	百	十	円
---	----	----	---	---	---	---	---

ただし、 年 月分児童福祉法による措置費

別紙内訳書のとおり

支払希望 金融機関名	銀行	支店
	預金種別	
	口座番号	
	口座名義	

（注） 1. 確定額による請求の場合に利用するものとする。

2. （ ）内は費目を記入するものとする。

様式第15号

## 医療費請求内訳書

施設名	
-----	--

児童氏名	疾病名	診療期間	金額	備考
合計				

上記のとおり診療を受けたことを認証します。

年 月 日

施設名

代表者氏名