年　　月　　日

市（町・村）長　様

請　求　書

　ひとり親家庭等医療費に係る柔道整復施術療養費（　月分）について、内訳書を添付のうえ下記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

　請求金額　　　　　　　　円

　（内訳は別紙のとおり）

　振込先

団体名

市町村名

（ひとり親家庭等医療費請求内訳書）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録記号番号 | 施術所名 | 件数 | 請求金額 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合　計 |  | 件 | 円 |  |