様式第２号

**請求書（　医療費　）**

令和　　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  里親名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

令和　　年　　月　　日

施設名

代表者氏名

（里親氏名）