

様式第2号

請求書 (眼鏡代)

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、令和 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。

眼鏡内訳書

施設名				施設長名 里親名	印	
児童名	修理購入別	レンズ	枠		合計	備考
合計						

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

住 所
眼鏡店名
代表者名

印