

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。

	百万	十万	万	千	百	十	円
金							

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 1 5 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)