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。

様式第１６号

**眼鏡内訳書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 施設長名里親名 | ㊞ |
| 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