

スモン施術費等請求書（委任払用）

施術費	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

年 月分から 年 月分( カ月分)のスモン施術費等を上記のとおり請求いたします。

なお、支払金額は、下記の振込口座にお振り込みください。

年 月 日

大阪府知事 様

請求者 住 所

(施術所) 氏 名

受給者氏名

〔 受給者番号 〕

振込先 金融機関	銀行 ( ) 信用 金庫		本店 ( ) 支店		( ) 預金
	口座 番号		口座 名義	フリガナ 漢字	

委 任 状

私は、別添スモン施術等証明書の施術を行った施術所「 \_\_\_\_\_ 」  
を代理人と定め、大阪府知事から受けるスモン施術費等の受領方を委任いたします。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

請求書提出先

大阪府健康医療部保健医療室地域保健課難病認定グループ  
〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目  
電話 06-6941-0351 (内線)6397

※請求については、なるべく速やかにお願ひします。請求の最終締め切りは、施術等のあった月の属する年度の翌年度の4月15日までです。(年度は、4月1日～3月31日を1年度とします)