

スモン施術研究謝金請求書

( 年 月分)

請求額	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---

(請求内訳)

	患者氏名	回数	単価	※ 請求金額				
				万	千	百	十	円
鍼通電方式		回	300 円					
			300 円					
			300 円					
合	計							

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込みください。

年 月 日

大阪府知事 様

請求者 住所  
氏名

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	

(注) 提出時には「スモンに対する鍼通電研究報告書」を必ず添付してください。

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 大阪府中央区大手前2丁目

電話 06-6941-0351 (内線)6397