

第12号様式

養育医療費用交付請求書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所
請求者 氏 名
電話番号

年 月 日付け成田市指令第 号で承認のあった養育医療に要する費用の支給について、下記のとおり請求します。

記

請 求 額		円
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫
		本店・支店 支所
	口 座 種 別	普通 ・ 当座
	口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人		
医 師 の 証 明		
未 熟 児 氏 名		
移 送 費	移 送 の 経 路	から まで
	移 送 の 方 法	
	移 送 の 年 月 日	年 月 日
<p>上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 所在地 名称 電話番号 医師の氏名</p>		