

福祉事務所
受付日

月 日

治療材料券・治療材料費請求明細書

担当員

取扱担当者

生活 保 護 法 治 療 材 料 券	交付番号	この券の 有効期間			年 月 日 まで	1 2	単 併	給 給	
	受給者氏名 (生まれ)(歳)(男・女)				居住地				
	取扱業者				所在地				
	種 類				金 額				
	給付方法	() ・ (修理方法 :)							
治 療 材 料 費 請 求 明 細 書	種 類	数 量	単 価	金 額	摘 要				
			円	円					
	計								
	※ 社 保 負 担 (健 ・ 共)		有 ・ 無	割					円
	※ 他 法 負 担		有 ・ 無	割					円
	※ 本 人 ・ 支 払 額								円
差 引 請 求 (支 払) 金 額				円					

堺市 保健福祉総合センター所長

福祉事務所所長印

印

注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。
2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。

請求者氏名及び住所

口座振替申出表示	
金融機関名	
支店名	
口座名義フリガナ	
口座名義	
預金の種類	
口座番号	