

福祉事務所
受付日

月 日

堺市：保健福祉総合センター所長

検 診 料 請 求 書

年 月 日

医 療 機 関 の 所 在 地
及 び 名 称
院（所）長氏名

取引金融機関

本支店

フリガナ
名義人

次のとおり請求します。

受 診 者		(満 歳)()	
居 住 地			
請 求 額	診 察 料	点	(検査名簿) 自立支援医療診断書料 身体障害者手帳診断書料 自立支援医療更新料 障害年金診断書料 精神障害者保健福祉手帳診断書料 その他 () (診断書等作成日 年 月 日)
	検 診 料	点	
	文 書 料	円	
合 計	円		円

(注意) この請求書により直接福祉事務所あて請求して下さい。

問い合わせ先

担当員