

第5号様式(第12条第1項)

## 横浜市心身障害者医療費請求書

[illegible]

年 月分	件 数				件		決 定
	百万	十万	万	千	百	十	円
心身障害者医療費							
利子補給金							
手 数 料							
合 計							

(注意) 印の欄は、記入しないでください。

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

医療取扱機関 名称

所在地

開設者

○ 印

(請求先)

横浜市長

(B6)