

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

医療機関コード	□□□□□□□□□□
---------	------------



年 月分	件 数				件	決 定	
心身障害者医療費	百万	十万	万	千	百	十	円
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)