

小児慢性特定疾病医療費償還払い請求書

年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記のとおり請求します。

記

金 \_\_\_\_\_ 円

ただし、小児慢性特定疾病医療費償還払いとして

(注) 請求者氏名は、受取人（口座名義人）としてください。