令和　年度小児慢性特定疾病医療意見書オンライン化支援事業補助金

請　求　書

金額　金　　　　　　　円

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

豊中市長様

　　 医療機関名

所在地　〒

代表者氏名

電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | （フリガナ）  口座名義 |  | | |
| 金融機関名・本支店名  口座番号 |  | 預金種別 | 普通・当座 |