

年 月 分 公 害 訪 問 看 護 報 酬 請 求 書

区 分	件 数	金 額
請 求 額		円
※ 決 定 額		円

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり請求する。

年 月 日

ステーションコード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〔公害医療機関〕

所在地 〒 _____

住所 _____

〔電話 _____〕

名 称 _____

あて先

開設者の氏名

八尾市長

※下記の内訳欄は記入しないでください。

診療月	請 求		増 減	決 定		備 考
	件 数	金 額		件 数	金 額	
・						
・						
・						

増額	件	円	過誤	件	円	決定額	件
減額	件	円	返戻	件	円		円

審査済印