


支 払 請 求 書

令和 年 月 日

宮崎市長 清山 知憲 殿

請求者	住 所	
	医療機関名	
	代表者氏名	

請求額

金						円
---	--	--	--	--	--	---

ただし、令和 年 月分不安を抱える妊産婦への寄り添い型支援事業に係る
情報提供料として

(内訳)

療養状況等情報提供書の提出先	単価 (円)	提出件数 (件)	金 額 (円)
宮崎市親子保健課	@2,750		

上記のとおり請求します。

口座振替申出	金融機関名	銀行・金庫 農協・()	本店・営業部 支店・出張所
	預金の種類	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義		

※預金通帳の写し（口座番号・口座名義（カナ）・支店名などの確認ができるもの）を添付して下さい。