

(様式7)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

請 求 者	住所	〒
	氏名	
	電話番号	() -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下記のとおり請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

申請金額	円	※決定金額 (香川県記入欄)	円
------	---	-------------------	---

※審査のうえ支払金額を決定しますので、申請金額と異なる場合があります。

ふりがな			公費負担医療の 受給者番号						
参加者氏名									
振込口座	銀行		支店						
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	(ふりがな) 口座名義								

- 1 太線で囲んでいるところを記入してください。
- 2 請求者と参加者が異なる場合は、下記の委任状欄の記載が必要です。

委 任 状			年 月 日
	私は、上記請求者..... を代理人と定め、香川県から受ける 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費の償還払いの請求及び受領を委任します。		
	委任者 (参加者)	住所	
	氏名		㊟