（別紙様式３）

請　　　求　　　書

令和　　年（　　　年）　　月　　日

 （あて先）　滋賀県知事

住　所

氏　名 　印

電　話

次のとおり請求しますので、下記の口座へ振り込みくださるよう依頼します。

金　２，８００円

但し、先天性代謝異常等検査採血料公費負担分について

 ※振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | （　　　　　　　　　支店） |
| 区　　　分 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| （ふりがな）口座名義 | （ 　　 ） |

（※）　預金通帳をご覧の上、正確にご記入下さい。

　※　採血料公費負担申立書(別紙様式２)、支払った採血料の「領収書」、振込口座通帳

（口座番号・支店番号のわかる頁）のコピーを添付のこと