（様式第４号）（要綱第９条第３項関係）

スモン施術研究謝金請求書

請求金額	金　　円

年　　月分のスモン施術研究謝金を上記のとおり請求します。

年　　月　　日

請求者　住　所

氏　名

保健所長　殿

受領方法							
	口座振込	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		店 所	口　座 名義人	ふりがな
		預金種別	普通・当座	口座番号			
	銀行窓口での受領		銀行		支店		

請求内訳	患　者　氏　名	回数	基準単価	請　求　金　額
		回	円	円
		回	円	円
		回	円	円
		回	円	円
		回	円	円