

領収書内訳書

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

都道府県コード 点数表コード

保険医療機関等コード

保険医療機関等名称 _____

総額 (①+②) _____

開発事業者等名称 _____

所在地 _____

電話番号 _____

No	項目	内訳	①補助対象金額		②補助対象外金額	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
小 計			①	¥0	②	¥0

※ 1枚で記載できない場合は、続紙として当該用紙を使用してください。