沖縄県精神障害者特別措置医療費支払請求書の請求印について

（申請者）

住　　所

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

沖縄県精神障害者特別措置医療費支払請求書の請求に関する請求印は下記のとおりとする。

医療機関名：〇〇クリニック　〇〇病院　　〇〇薬局〇〇店

(請求印)

令和７年〇月〇日

沖縄県知事　殿