

請求書（兼 口座振替依頼書）

年 月 日

小美玉市長 島田 幸三 様

住 所

医療機関名

代表者名

金 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ 円

障がい支援区分医師意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関名	
口座名義人（フリガナ）	
口 座 番 号	
預 金 の 種 類	
備 考	