

請求書（兼 口座振替依頼書）

令和 年 月 日

三 浦 市 長 吉田 英男 様

住所

氏名

印

金 _____ 円

障害者総合支援法の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		支店
口座名義人（ふりがな）		
口 座 番 号		
預 金 の 種 類		
備 考		

※三浦市介護保険主治医意見書作成手数料の振込先と同じ口座を希望される場合は、備考欄に○をしてください。金融機関名等の記入は、必要ありません。