

請求書 (兼 口座振替依頼書)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

今治市長 様

医療機関所在地

今治市〇〇町〇丁目〇番地〇

医療機関名

① 医療法人 ●●会 ■■病院

代表者氏名

理事長 今治 太郎



※①と②は、同じになるように記入してください。

金 〇,〇〇〇 円

障害者総合支援法の医師意見
振り込まれるよう請求します。

金額を記入間違いした場合は、新しい用紙に書き直してください。(訂正印不可)

振込先金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店
口座名義人 (ふりがな)	② いりょうほうじん 医療法人 ●●会 ■■病院 理事長 今治 太郎
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
預金の種類	普通 ・ 当座
備考	