

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
理事長 今治 太郎

代表者氏名

電話番号

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
医事課 事務員 今治 花子

担当者 職・氏名

※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

代表者印を押印しない場合は、記入必須

障害者総合支援法の医師意見書が添付され、承認され、決定さ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	

