

# 請求書（兼 口座振替依頼書）

年 月 日

（宛先）今治市長

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

電話番号

担当者 職・氏名

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	
口座名義人（ふりがな）	
口座番号	
預金の種類	普通 ・ 当座
備考	