

請求書 (兼 口座振替依頼書)

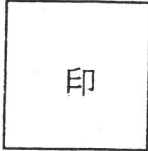
記入例

令和 年 月 日

福島市長 様

所在地 〒 ○○○-△△△△
福島市◇◇◇◇◇

医療機関名 **(医) 福祉病院**
 代表者 **理事長 福祉 太郎**
 電話番号 ○○○-△△△-◇◇◇◇◇



金 16,200 円

※個人印ではなく、役職印の押印をお願いします。

※合計金額欄は訂正印による訂正ができませんのでご注意ください。

請求件数内訳

在宅・新規	3 件	在宅・継続	件
施設・新規	件	施設・継続	件

障害者総合支援法における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。

(口座振替依頼書)

金融機関名	東北	銀行 金庫 組合	福島	本店	金融機関コード					
				支店・支所 出張所						
預金種別	①普通	2当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	イ) フクシビョウイン リジチョウ フクシタロウ									
口座名義	(医) 福祉病院 理事長 福祉 太郎									