

請求書（兼 口座振替依頼書）

令和 年 月 日

枕崎市長 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。

振込先情報

金 融 機 関 名	
本 ・ 支 店 名	
口座名義人（ふりがな）	
口 座 番 号	
預 金 の 種 類	
備 考	様分