

請求書（兼 口座振替依頼書）

年 月 日

大村市長 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。

①大村市に口座登録してある場合→登録コード _____

②未登録の場合（郵便局へ振込みの場合は担当課へお問い合わせください。）

金融機関名・支店名	
預金の種別	1 普通 2 当座
口座番号	
ふりがな	
口座名義人	
対象者氏名	
意見書作成日	年 月 日