請　　求　　書

佐世保市障がい福祉課

　佐世保市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年 　月 　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ﾌﾘｶﾞﾅ)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

法人による請求には、法人名印（角印）と代表者印

もしくは、法人代表者の印（丸印）を押印下さるよう

お願いします。）（佐世保市財務規則の規程による）

　　　　　下記の金額を請求します。

　１　　件名　　障害者総合支援法に係る医師意見書作成手数料

　　　　　　　　　（令和　　　年　　　月分、　　　　　件）

※意見書作成依頼が複数届いている場合は、請求書を１枚に纏めていただいて差し支えありません※

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

　２　　請求金額

新規在宅　　　　　件

新規施設　　　　　件

継続在宅　　　　　件

継続施設　　　　　件

検査費用　　　　　円

円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　３　　支払方法 | 窓口払い　・　口座振替 |  （通帳記帳時の請求ＮＯ：　　　　　　　　　） |

　４　　口座振替の場合必ず振込先・口座名義を下記に記入して下さい。

1. 登録しているとおり　（通帳記帳時の請求No.　　　　　　　　　）

（２）新規、変更、または複数登録の場合、振込先・口座名義を下記に記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
|  　　　　　　　　　　　　銀　行 | 口　座　番　号 |
|  　　　　　　　　　　　　支　店 |  |
| 口　座　種　別 | 口　座　名　義（フリガナ） |
|  　普通　　当座　　貯蓄　　( 　 ) |  |