

請求書

佐世保市長 様

年 月 日

請求者

住 所

(フリガナ)

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いたします。（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

--	--	--	--	--

円

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

3 支払方法

窓口払い	・	<input checked="" type="radio"/> 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。

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 ()	