

請 求 書

佐世保市長 様

令和 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

・ ☒ 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の (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 ()	