請　　　求　　　書

|  |
| --- |
|  |
| 令和 年 月 日  　　　　（あて先）前橋市長   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 請　求　金　額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |   　　上記の金額を請求します。    　　　 ただし 障害者総合支援法 医師意見書作成料（ №　　　　　　　　　様 ）        請求者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  氏　名  （口座振替を希望する場合は、下記の欄に振替先の口座を記入してください）   |  |  | | --- | --- | | 口座名 | カナ  漢字 | | 口座番号 | 銀行・信用金庫　　　　 本　支店  信用組合・農協　　　　　　　　　　　１　普通№  　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　当座№ |  |  | | --- | | 発行責任者及び担当者 | | ・発行責任者　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  ・担　当　者　　　　　　　　　　　　　（電話番号） |  |  |  | | --- | --- | | 検 収 日 付・印  ※ |  |   　　※印は記入不要 |

請　　　求　　　書

振込口座は、**請求者の口座**

でお願いします。

※請求者と口座名義人が異なる場合、委任状が必要になります。

**※押印は不要です。**

**※発行責任者と担当者を**

**ご記入ください。**

**日付は記入しないで下さい。**

**記 入 例**

|  |
| --- |
| （一 般 用） |
| 令和 年 月 日  　　　　（あて先）前橋市長   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 請　求　金　額 |  |  |  |  |  |  |  | ￥ | 4400 |  |  |  | 円 |   　　上記の金額を請求します。    　　　 ただし 障害者総合支援法 医師意見書作成料 （ №111　○○○　○○様 ）        請求者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　○○県○○市○○町〇丁目〇番  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　**医療法人○○会　○○病院**  氏　名　**理事長　○○　○○**  請求者が法人の場合、**法人名と**  **代表者の役職名**も記入をお願いします。  ※**押印は不要**です。  （口座振替を希望する場合は、下記の欄に振替先の口座を記入してください）   |  |  | | --- | --- | | 口座名 | カナ  漢字 | | 口座番号 | 銀行・信用金庫　　　　 本　支店  信用組合・農協　　　　　　　　　　　１　普通№  　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　当座№ |  |  | | --- | | 発行責任者及び担当者 | | ・発行責任者　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  ・担　当　者　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  **発行責任者と担当者の氏名（フルネーム）**を  ご記入ください。 |  |  |  | | --- | --- | | 検 収 日 付・印  ※ |  |   　　※印は記入不要 |

**※ゴム印を押す場合は、濃くはっきりと、２重にならないようにお願いします。**

**※提出先：371-0014前橋市朝日町三丁目３６番１７号　前橋市 障害福祉課 生活支援係**